

111111



LEZIONI CLINICHE

MALATTIE DELLA GOLA



**Biblioteca Medica Contemporanea**

DELLA

CASA EDITRICE DOTT. FRANCESCO VALLARDI

---

**PROF. F. MASSEI**

Incaricato di Laringojatria nella R. Università di Napoli

---

**LEZIONI CLINICHE**

SULLE

**MALATTIE DELLA GOLA**

DETTATE

NELL'OSPEDALE CLINICO DI NAPOLI

durante l'anno scolastico 1882-83

---



**MILANO**

CASA EDITRICE DOTTOR FRANCESCO VALLARDI

Via Disciplini, 15

**BOLOGNA**

Via Farini, 10

**NAPOLI**

Via Monteoliveto, 70

**TORINO**

Via Carlo Alberto, 5

1884

VIII. 527/b

inv. 5843



Biblioteca Medica Contemporanea

MILANO

CASA EDITRICE DOTT. FRANCESCO VALLARINI

PROF. R. MASSARI

Insegnante di Farmacologia nella R. Università di Napoli

LEZIONI CLINICHE

SULLA

MALATTIE DELLA GOLA

*Proprietà letteraria*

DETTATE

NELL'OSPEDALE CLINICO DI NAPOLI

durante l'anno scolastico 1882-83

MILANO

CASA EDITRICE DOTT. FRANCESCO VALLARINI

Via Disciplini, 15

TORINO

NAPOLI

BOLOGNA

Via Farnese, 2

Tip. A. Trani, Strada Medina, 25.



Dedico questo libro alla colta ed operosa **Gioventù dell'Università di Napoli** che mi fu, nel lavoro compagna, intelligente e zelante. È tributo di affetto e bisogno dell'animo mio, dopo le tante premure fatte per rileggere queste lezioni, disadorne, ma ispirate ad un verismo a tutta prova.

Nel pubblicarle però, ho voluto sopprimere quelle elementari, sia riferibili all'anatomia della laringe, sia alla tecnica laringoscopica. Così non resta che la parte più utile, quella pratica; onde spero che leggendola, la impressione sia la medesima di quella che se ne riportò ascoltandola dalla Cattedra.

Ai miei egregi amici e colleghi, i Dottori **Masucci** e **Ciconardi**, devo rendere pubbliche grazie per tutta la pena che si dettero nel raccogliere stenograficamente, rivedere e coordinare codeste lezioni.

Napoli 1° Novembre 1883.

Prof. F. MASSEI



Debito questo libro alla colla ed opera di Giovanni dell'Uni-  
versità di Napoli che mi fu nel lavoro compagno, intelligente  
e zelante. E tributo di affetto e bisogno dell'animo mio, dopo  
le tante premure fatte per rifuggere questa lezione, che non  
mi separata ad un veruno a tutta prova.  
Nel pubblicare però, ho voluto aggiungere quello elementare  
sui tritismi all'anatomia della laringe, sia alla tecnica  
laringoscopica. Così non resta che la parte più alta, quella  
pratica, onde spero che l'aggranda, la impressione sia la mede-  
sima di quella che se ne ripeté nell'anno della Cattedra.  
Al miei cari amici e colleghi, i Dottori Mancini e Gioce-  
nardi, devo rendere pubbliche grazie per tanta la pena che si  
dettò nel raccogliere stenosamente, rivedere e conser-  
vare questa lezione.

Napoli 1° Novembre 1883.

Prof. F. MASSEI



# INDICE

PRELEZIONE. . . . .	pag. 1
LEZIONE I. <i>Tubercolosi laringea e sue forme.</i>	
I. Storia, Etiologia e Patogenesi. . . . .	» 15
LEZIONE II.	
II. Note anatomiche . . . . .	» 22
LEZIONE III.	
III. Sintomatologia. . . . .	» 30
LEZIONE IV.	
IV. Diagnosi, Decorso, Esiti, Pronostico. . . . .	» 37
LEZIONE V.	
V. Cura. . . . .	» 45
LEZIONE VI. <i>Difteria faringo-laringea.</i>	
I. Storia, Etiologia, Concetto, Cause . . . . .	» 54
LEZIONE VII.	
II. Trasmissione: seguita la storia etiologica dell'angina difterica. . . . .	» 61
LEZIONE VIII.	
III. Note anatomiche — Patogenesi . . . . .	» 69
LEZIONE IX.	
IV. Sintomi. . . . .	» 78
LEZIONE X.	
V. Decorso, Complicanze, Esiti, Postumi (Paralisi post-difteriche) . . . . .	» 85
LEZIONE XI.	
VI. Diagnosi, Prognosi, Cura . . . . .	» 93
LEZIONE XII.	
VII. Seguita la cura . . . . .	» 101
LEZIONE XIII.	
VIII. Seguito e fine della cura — Profilassi . . . . .	» 111
LEZIONE XIV.	
IX. Difteria laringo-tracheale o crup. — Cause, Note anatomiche, Reperto laringoscopico . . . . .	» 120
LEZIONE XV.	
X. Sintomi . . . . .	» 128
LEZIONE XVI.	
XI. Diagnosi e Prognosi del crup . . . . .	» 137



LEZIONE XVII.

- XII. Cura della difteria laringo-tracheale . . . . . pag. 145

LEZIONE XVIII.

- XIII. Contro-indicazioni alla tracheotomia. Descrizione del processo  
operativo nel crup. . . . . » 156

LEZIONE XIX.

- XIV. Incidenti operativi e cure consecutive alla tracheotomia nel  
crup . . . . . » 166

LEZIONE XX.

- XV. Difteria delle vie nasali — Difteria secondaria . . . . . » 178

LEZIONE XXI. *Ozena*.

- I. Storia, Teorie, Opinione nostra . . . . . » 186

LEZIONE XXII.

- II. Etiologia, Sintomi, Diagnosi, Prognosi . . . . . » 195

LEZIONE XXIII.

- III. Cura . . . . . » 206

LEZIONE XXIV.

- IV. Seguito e fine della cura . . . . . » 216

LEZIONE XXV. *Fibroma della faringe*. . . . . » 224

LEZIONE XXVI. *Due tracheotomie per crup*. . . . . » 232

LEZIONE XXVII. *Paralisi miogenica bilaterale dei crico-aritenoidei  
postici* . . . . . » 240

LEZIONE XXVIII. *Laringo stenosi da papillomi laringei* . . . . . » 247

LEZIONE XXIX. *Sifilide laringea* . . . . . » 256

LEZIONE XXX. *Laringo-stenosi cicatriziale*. . . . . » 265



## PRELEZIONE

---

**Sommario.** — Scelta dell'indirizzo. — Ragioni di preferenza per quello clinico. —

Lo studio delle malattie laringee è importante perchè le lesioni si vedono nella loro realtà—*a)* sono frequenti e comuni—*b)* talvolta non s'annunziano che con un solo sintoma—*c)* talvolta sono segni di malattie di organi prossimiori, o di morbi. generali — *d)* talvolta reclamano cure sollecite — *e)* lo studio dei morbi laringei non può dissociarsi da quello delle malattie delle coane, del faringe e del tratto superiore dell'esofago.

SIGNORI,

Il saluto che vi rivolgo, oggi che inauguro il novello anno scolastico, non potrebbe essere a me più caro.

La vostra presenza qui, ad un corso complementare e libero, sul quale non pesano esami, è la migliore affermazione che la Gioventù Italiana all'ingegno pronto e vivace, accoppia forte volere ed amore allo studio.

Voi, persuasi della utilità pratica della Laringoiatria, sapete cogliere il tempo, in mezzo alle non poche e non lievi occupazioni, onde coltivare quest'altra branca del medico sapere; e se in 10 anni d'insegnamento io vi riconobbi sempre assidui e zelanti, devo andare oltremodo superbo nel rinvenirvi ancora più numerosi in questo insigne Ateneo, nel quale mi trovo ad insegnare per il lusinghiero voto della nostra



Facoltà, per benevolenza del Ministro e per l'affetto che avete sempre dimostrato in favore di codeste discipline.

La onorevole missione affidatami divien tanto più delicata, quando io penso che sarebbe per me grave colpa obliare il sacrificio che vi costa l'amore alla Laringoiatria, e tutto quanto sperar ne dovete nell'esercizio pratico a cui siete chiamati, o sarete chiamati tra breve.

Sebbene limitato nei mezzi, non avendo ancora Sale cliniche nè un Gabinetto speciale, io mi adopererò a tutt'uomo perchè dall'assistenza alle mie lezioni ed all'ambulatorio siate per ricavare il maggior profitto possibile. Laonde seguirò rigorosamente quell'indirizzo che ho già tenuto nel breve corso dell'anno ultimo: l'indirizzo clinico. Le dottrine varie su questa o quell'altra laringopatia, la descrizione classica dei principali tipi morbosì, la critica sulla patogenesi di un'affezione od un'altra, voi avrete sempre agio di riscontrare nei libri: a voi preme qualche altra cosa: sapere che soffre quegli che vi consulta; quale è la migliore e più sollecita cura. Importa cioè addestrarvi nella tecnica laringoscopica e valutare esattamente i sintomi obbiettivi che lo specchio laringeo ci presenta.

La tecnica, voi l'apprenderete presto con un po' di pazienza e di assiduità frequentando l'ambulatorio: il valore semilogico, il reperto laringoscopico, è tutta una scienza che si dischiude al nostro sguardo e che noi percorreremo assieme entro i limiti che ci consentirà il tempo. Il grande merito di questo studio speciale sta appunto in ciò, che noi, in omaggio all'indirizzo naturalistico moderno, noi avendo sotto gli occhi la lesione materiale, rimontiamo da questa al suo significato, alle cause, ai rapporti che essa ha con l'organismo nel quale si è svolta, onde talfiata questa semplice esplorazione completa la diagnosi di una malattia che è fuori la scattola della voce, o la fa nascere, con nozione fondata, nell'animo nostro, quando eravamo ben lontani dal sospettarla.

Codesto indirizzo clinico, al quale mi sono piegato col tempo e la esperienza, io procurerò trasfondere in voi, acciò sug-



gellate questo convincimento che sotto forma aforistica vi enuncio, cioè : che lo studio delle malattie laringee non è un lusso reclamato dal desiderio di una precisa diagnosi locale, ma un necessario complemento dell' esame clinico generale.

Se, in questa preliminare conferenza, io riuscirò a dimostrarvi in linea generica la tesi che vi ho enunciato, non dubito punto che la gentile premura la quale vi ha qui guidati, non sia per mutarsi in un febbrile desiderio, quello di raccogliere mezzi ed armi, onde potere nell' esercizio clinico, pugnare con maggiore probabilità di vittoria.

Molte volte voi sarete consultati da infermi i quali hanno perduta la voce. Questi è un giovanetto dall' aspetto florido e sanitoso ; quella una fanciulla di buona costituzione; quest'altra anemica od isterica; quegli un avvocato; costui un artista, ovvero un che vive del suo commercio limitatissimo ed è costretto a parlare e vociferare da mane a sera. L' età, la costituzione, il sesso, il mestiere, il decorso, l' esame dell' intero organismo, la concomitanza o l' assenza di altri fenomeni funzionali riferibili alla laringe, ecco i dati sui quali sarà richiamata la vostra attenzione, e voi su questo schema che avete tessuto seguendo un esatto metodo diagnostico, lavorerete per arrivare ad una conclusione che soddisfi la vostra coscienza e dia al vostro giudizio la sicurezza della convinzione. Ma quando tutto è muto ? Quando nell' animo vostro l' anamnesi dubbia ed incerta seminerà le tenebre, quando ogni altro substrato semiologico verrà meno, come potrete voi pronunziarvi ? Notate che questo individuo nel quale la vita non è punto minacciata, anzi talvolta è rigogliosissima, vi reclama la voce, perchè afono com' egli è, non può attendere a quelle occupazioni che gli procacciano il pane, o se agiato, vivrà giorni tristissimi condannato a non poter esprimere con la parola i suoi pensieri, e mettersi in relazione col mondo esterno, che egli vede, ascolta, palpa, ma nel quale non giunge che a stento a farsi intendere.

Talora l' afonia, cioè il fatto culminante che ha spinto l' infermo a picchiare alla vostra porta, è, nell' ordine nosologico, il fenomeno ultimo, che voi dal canto vostro potrete intera-





mente trascurare: supponiamo l'afonia da paralisi del ricorrente sinistro per aneurisma aortico.

A schierarci davanti tutte le possibili lesioni materiali che turbano o tolgono la voce, c'è da sentir venir meno il coraggio. Vedere, invece, l'alterazione morbosa nella sua realtà, significa appurare non solo la vera cagione della disfonia, ma spianarsi il cammino verso una diagnosi etiologica nella quale può figurare qualche altro organo o tessuto, vicino o lontano, o qualche malattia generale. Fermarsi alla lesione locale, significa restringersi entro i limiti del puro tecnicismo: mettere in rapporto quello che si vede con tutto l'organismo, significa comprendere intera la missione del clinico, che è nobile e difficile. — Vi sono, o Signori, tubercolosi laringee primarie; ci sono sifilidi annose che si perdono nel tempo, ed accendono nella laringe subdolamente i loro fuochi; ci sono aneurismi dell'aorta e neoplasmi mediastinici che hanno poco più di un solo esponente, la pressione sul laringeo inferiore; ci sono tumori laringei di decorso equivoco, onde spesso, tacendo ogni fenomeno collaterale, l'afonia è il solo fatto che l'infermo denuncia e che il medico riscontra. O perchè il fenomeno troppo isolato non è di per sé abbastanza concludente, o la lesione è troppo limitata, o la sede del male rende pieno conto del modo onde si svolgono i fatti, non c'è che l'afonia, essa sola, dinnanzi a cui non resta che indagare le cause intime, grazie alla ispezione diretta, oppure contentarsi di levar le spalle e ripetere a sé stesso: « con la voce o senza, si vive lo stesso, dunque o laringite o tumore, la mia coscienza è al coperto ». Ma lasciando stare che in tal caso voi dannate a non guarire il vostro cliente, voi potreste allontanarvi da una diagnosi importante, disconoscendo una malattia toracica o generale di carattere dubbia. Fatta astrazione da queste vedute, che pur sono nella pratica di un interesse inapprezzabile, le cause che alterano la voce (questa funzione così caratteristica della laringe) sono svariatissime. Cercatele nell'elemento motore, che è tutta la cassa toracica e l'apparato bronco-pulmonare; nelle cavità



nelle quali la voce risuona, voglio dire quella naso-faringea ed orale; cercatele nella laringe propriamente.

Sia turbata o non isocrona la vibrazione delle corde; sia impedito da ostacoli meccanici o da inerzia muscolare il loro ravvicinamento; sia indebolita la contrattilità nei tensori dei legamenti vocali, l'effetto sarà il medesimo — la disfonia o l'afonia. — Ebbene, questi ostacoli e queste lesioni funzionali sono frequenti e comuni, perchè non solo frequenti e comuni sono talune affezioni primarie della laringe, ma eziandio perchè quest'organo, per ragioni topografiche, per effetto dei nervi che lo dominano, per le simpatie che lo legano alla sfera sessuale, ammala spessissimo. Quando, nel giovanetto la pubertà si avvanza, la voce muta; testimone della virilità, la muta della voce trova nella serie inferiore degli animali il suo riscontro nel grido, che come calamita li attira alla moltiplicazione e conservazione della specie. Nell'uomo, codesto periodo evolutivo decide del volume della voce e delle dimensioni dell'organo, giacchè nello intervallo di alcuni mesi, tutti i diametri aumentano, specialmente l'antero-posteriore che tanto influenza sulla qualità della voce.

Questa rapidità del processo formativo che si ridesta in quel dato periodo, volentieri si congiunge a difetto di coordinazione dei movimenti nei singoli muscoli fonatori od a notevole iperemia e cresciuta funzionalità secretiva delle glandole — i quali fatti si annunziano con la disfonia, la quale fisiologica e necessaria conseguenza di quel periodo, può divenire, varcandone i limiti, patologica.

Le paralisi delle corde vocali possono essere centrali e periferiche — e se le prime sono eccezionali, le seconde sono facili a vedersi. — I nervi che vanno ai muscoli della laringe sono rami importantissimi, soprattutto perchè pria di terminarsi nelle fibre muscolari a cui assicurano la contrattilità, seguono un lungo tragitto. Al collo ed entro al torace, numerose sono le occasioni perchè i ricorrenti siano compressi, e la voce estinta per effetto di codesta compressione. — Numerose sono pure altre cagioni: le infezioni, gli avvelenamenti, l'esaurimento, le impressioni morali ecc. Le ulcerazioni



laringee che precipuamente stanno sotto il dominio della sifilide e della tubercolosi — due grandi fattori che troppo spesso vedremo figurare in campo — hanno predilezione per le corde vocali e tendenza a distruggere le parti che invadono: portano cioè, con loro, la proclività ad alterare la voce. E quando l'ulcera ha sede nella vicinanza delle corde, od in prossimità delle articolazioni alle quali è affidata la possibilità di movimento delle corde medesime, pur restando integre queste, ci può essere, grazie all'edema collaterale, completa afonia.

Le neoplasie laringee da un tempo a questa parte sono state riconosciute frequenti, e quelle papillari comunissime nella giovane età. Qui non è mestieri che il tumore abbia grosso volume per abbassare o sopprimere la voce. Basta una microscopica escrescenza sul margine di una delle corde vocali, perchè impedito il loro ravvicinamento, la colonna d'aria espirata perda la sua sonorità, e questo fatto fa strano contrasto con la possibilità che grossi polipi, rispettando il ravvicinamento e la vibrazione delle corde, lascino inalterata la voce.

Così come i tumori, si comportano gli edemi di punti limitati, onde talora per cagioni di poco rilievo e con integrità completa dei legamenti vocali, la voce si perde.

Ciò prova che voi sarete spesso chiamati a curare infermi disfonici, e molte volte il sintoma che ha guidato il malato sino a voi è bugiardo od efimero. Ma essendo in grado di poter direttamente ispezionare la laringe, riconoscerete la causa vera del male, e le relazioni ed il significato, e tutto quanto completerà mirabilmente le vostre indagini.

Le stesse apprezzazioni voi potete fare per le laringostenosi: la loro importanza diagnostica è uguale a quella delle disfonie, e la ispezione locale può dischiudervi novelli orizzonti. A parte questi vantaggi che sono indiscutibili, ci ha l'urgenza del fatto che reclama sicurezza di giudizio e prontezza di azione. L'infermo soffoca: voi lo vedete in uno di quei tristi momenti nei quali le speranze e le lusinghe impallidiscono dinanzi alla inesorabilità della minacciante asfissia. A voi preme sapere quale sia la vera ragione del restrin-



gimento ; a voi importa conoscere se una medicazione locale o generale potrà esser tentata con fortuna, o convien piuttosto aprire la trachea ed assicurare la vita del paziente. Le vostre diligenti osservazioni accreditano la diagnosi di una sifilide costituzionale , ma nell' animo vostro restano sempre gravi dubbî. È forse complicità estranea alla sifilide la laringostenosi in atto ? La natura della lesione può risentire gli effetti pronti e benefici della cura specifica ? Indipendentemente dalla urgenza , o Signori, che tronca forse qualunque discussione, io v'inculco di fare che questa dimanda, rivolta sempre a voi stessi, sia la chiave delle indicazioni per la tracheotomia. Sissignori ; è una sifilide laringea quella che ci sta dinnanzi ; ma se trattasi di stenosi da cicatrice, da lussazione delle cartilagini o da altra lesione inamovibile, il mercurio dato per via ipodermica , che ha meritamente fama di rimedio potentissimo, riuscirà in questo caso a nulla. Voi quindi sarete portati a discutere di altro argomento, se cioè converrà tentare la dilatazione meccanica o procedere senz' altro alla tracheotomia , epperò avrete acquistato certezza che la cura specifica sarà inefficace, e così aumentate le probabilità di vita al vostro cliente, rivolgendo verso mezzi più acconci, più razionali ed efficaci, i vostri passi. Viceversa, anche supposto che il tempo ci sia per tentare la cura mercuriale, voi dal niuno impegno, o detronizzereste il farmaco, calunniandolo , oppure malamente illuminati dal criterio terapeutico, confessereste un errore che non avete commesso, perchè davvero nel caso che ho supposto fu la sifilide la causa del restringimento laringeo.

Immaginate ora se la sifilide , questo capro espiatorio di molte laringostenosi, non è per niun verso sostenibile, quante saranno le esitanze, le probabilità, i timori se non si praticherà l' esame laringoscopico !

Le stenosi delle prime vie del respiro sono per forma e per grado, svariatissime. La stenosi può esser funzionale, cioè può dipendere da spasmo dei costrittori del glottide , e sapete, senza che io stia a ripetervelo, a quante cagioni morbose risponda quello che chiamiamo in pratica lo spasmo



glottico. Dalla laringite intensa ai neoplasmi, ci ha poi una lunga serie di cause organiche che riducono il lume della laringe.

L'edema delle parti, il prolasso della mucosa dei ventricoli, le anchilosi crico-aritenoidee, la paralisi unilaterale o bilaterale dei crico-aritenoidei postici, i corpi estranei (che talfiata sono sequestri cartilaginei partiti dalla stessa scatola della voce), eccovi tante lesioni materiali capaci di ridurre il lume della laringe a ben anguste proporzioni, e che invano tentereste precisare, malgrado acume e senno clinico, senza la diretta ispezione. Aggiungete, che tenendo conto del fatto che i momenti etiologici capaci di suscitare questa lesione sono molti; che alcuni pur restando sempre gli stessi, possono determinare lesioni polimorfe, le difficoltà diagnostiche si moltiplicano in ragion diretta delle vostre conoscenze, appunto perchè quanto più allargate il campo delle vostre vedute, maggiori sono le perplessità, e colui che più sa, più riservato si fa nei suoi giudizi. Ma la riservatezza, miei Signori, davanti all'infermo che muore asfittico, è una colpa, e gli stessi dati di riuscita dell'operazione (che ha in se gravi pericoli) sono in istretta relazione con la natura del processo causale. Voi correte l'alea, senza laringoscopio, di indicare e fare male a proposito una tracheotomia, lasciando correre all'infermo tutti i rischi che vi son subordinati, o di avere il rimorso di non averla indicata e fatta, quando tutto vi sorrideva intorno per una probabile vittoria. Siamo, per le laringostenosi, a quello stesso punto a cui ne eravamo per le afonie: un solo sintoma, culminante, che assorbe forse tutti gli altri; un sol fenomeno che minaccia l'infermo e che lo mena a voi, studiando il quale, malgrado tutti gli ausili che la clinica e la pratica vi suggeriscono, voi non giungete a tirare conclusioni precise; mentre guardando di che si tratta, vi rendete conto del guasto locale e stabilite con buoni criteri le relazioni che lo uniscono ad altre condizioni patologiche, svolte nell'istesso organismo.

Analisi consimile merita la disfagia: un altro epifemoneno che può da solo compendiare le sofferenze dell'organo della



voce. Il quale, per la sua posizione topografica ed i suoi rapporti anatomici, prende tanta parte nella deglutizione.

Quando il bolo alimentare o i liquidi che si vogliono ingerire varcano l'istmo delle fauci, è indispensabile che l'orifizio della laringe si chiuda: così solo le sostanze alimentari e le bevande, trovando chiuso il vestibolo delle vie respiratorie, si avviano verso il canale che deve guidarle insino allo stomaco. In questo momento, che compendia il secondo tempo della deglutizione, la laringe è sollevata insieme allo imbuto faringeo che si prepara per la contrazione dei muscoli della regione sopra-ioidea e del tiro-joidico, a ricevere il bolo: la epiglottide non è solo meccanicamente e passivamente ricalcata sull'orifizio laringeo, ma completa questa chiusura attivamente, grazie ai suoi muscoli depressori, che sono il tiro-epiglottico e l'ari-epiglottico. Ora, se ci ha paralisi di questo sfintere, possono facilmente scappare entro la laringe particelle alimentari, e si ha una cagione di disfagia. La epiglottide, le aritenoidi, sono bersaglio di ulcerazioni sifilitiche e tubercolari, ed allora gli alimenti e le bevande passando su quelle lesioni di continuo, provocano dolore: per azione riflessa i costrittori faringei si contraggono, la via del canale alimentare che dovea restare beante, si chiude; gli alimenti e le bevande sono respinti fuori, si ha un'altra forma disfagica che noi denominiamo odinfagia, vocabolo che dinota deglutizione dolorosa. In questi casi che vi ho accennati, la voce e la respirazione ponno restare integre, e senza la diretta osservazione voi non intendereste la ragione vera del fenomeno, il quale (sia la paralisi, sia una ulcera) ha, come l'afonia o la laringostenosi, un valore clinico immenso per una diagnosi completa. So bene che da una diagnosi differenziale si potrebbe giungere a riconoscere il punto di partenza della disfagia, quando la esplorazione del naso, del cavo faringeo e dell'esofago non fossero concludenti: ma non si può disconoscere che la osservazione della laringe è nei casi di cui sto parlando necessaria quanto le altre, e se pur negativa, utile per estendere le vostre ricerche o spiegare altrimenti il quesito clinico. Che se coesiste una lesione nelle



parti accessibili alla osservazione con l'occhio nudo, noi restiamo paghi di questo esame, obliando che esso può essere incompleto quando il processo è esteso, diffuso, come accade principalmente per gl'infiltramenti gommosi.

Vi ho detto di quei disturbi che intervengono nelle principali funzioni a cui è chiamata la laringe: voce, respirazione, deglutizione — considerandola cioè come organo della fonazione, segmento delle vie respiratorie, sfintere di queste vie, organo annesso della deglutizione. Ho il dovere di aggiungere che riguardando la laringe come strumento di azione riflessa, grazie alla sensibilità di cui è dotata, ci corre l'obbligo di tener conto di due altri fenomeni: la tosse e lo spasmo.

La tosse e lo spasmo sono due esponenti del modo onde la laringe risponde alle stimolazioni dirette. L'apparato sensorio, che è rappresentato dal laringeo superiore unicamente, è sempre esso chiamato in azione, sia che entrino prevalentemente in gioco i muscoli espiratori (tosse), sia che si contraggano i costrittori, interrompendo la libera inspirazione (spasmo). Il modo diverso col quale le periferie terminali del laringeo superiore attestano queste due differenti qualità — sensibilità generale comune — sensibilità riflessa — è tutto subordinato alla intensità dello stimolo, il quale se lieve, provoca soltanto vellicamento e tosse; se intenso, dolore e spasmo.

Il sistema nervoso che riceve la impressione è sempre il medesimo; solo che esso reagisce in modo vario, prevalendo ora sulla contrazione dei muscoli glottici la tosse violenta ed aspra, ora la occlusione convulsiva del glottide, mentre i movimenti espiratori rimangono inalterati. Questo esperimento ovvio, di cui si ha una chiara controprova facendo semplicemente cadere nella cavità laringea poche gocce di acqua da una parte, o cauterizzando energicamente dall'altra, trova il suo riscontro in molte condizioni morbose poste entro la scatola della voce, ovvero che agiscono a distanza; e se per lo più coesistono insieme ad altri fatti funzionali, ponno, come ho detto per l'afonia, la stenosi e la disfagia, essere eziandio l'unica espressione di morbo.

L'esame della laringe ha in emergenze consimili molto



valore, perchè le lesioni bronco-pulmonari che provocano tosse e spasmo sono talvolta latenti od equivoche, e la immagine laringea, sia che sveli guasti limitati o lievi, sia negativa, interverrà molto a proposito nei vostri giudizi per assegnare ai fatti il loro giusto valore.

Da questo esame critico che io vi sono andato rapidamente svolgendo, voi mi avrete già preceduto nelle conclusioni che voglio tirare: cioè che le malattie della laringe, idiopatiche o secondarie, si annunziano con fenomeni limitati alla sfera delle funzioni a cui è chiamata la laringe: turbamenti della voce, difficoltà di respiro e della deglutizione, tosse e spasmo — e talora — per ragioni di sede o limitazione di processo, un solo ne esiste o domina la scena. Abbiamo quindi un gruppo assai limitato di sintomi che può appartenere a lesioni svariate e molteplici, un gruppo di sintomi che comunque studiato ed analizzato, può riuscir fallace o bugiardo, una veste stereotipa che involge processi differentissimi e pare fatta a posta per tirare in inganno.

Nè per dimostrarvi che le malattie della laringe sono molteplici e frequenti, avrò bisogno di durare grave fatica. Mi basterà ricordarvi quanto esposto sia l'organo della voce agli stimoli — stimoli fisiologici che facilmente esagerano il loro influsso; quanto spesso sia chiamato a funzionare; quanto delicate siano codeste funzioni e la trama cartilaginea che ne è il sostrato; quale predilezione abbiano la sifilide e la tubercolosi, nonché certi morbi esantematici e talune infezioni, l'analogia di struttura con la mucosa che riveste, in alto ed in sotto, le parti contigue, la sua posizione topografica, la importanza ed il tragitto dei nervi motori e sensitivi che lo governano, le glandole ed i vasi che han rapporto con questi tronchi nervosi e con l'organo stesso, le simpatie con la sfera sessuale. Le quali condizioni anatomo-fisiologiche noi vedremo spesso figurare ed in maniera non dubbia, come momenti etiologici nella genesi dei varî processi morbosi, la descrizione e la storia dei quali sono state illustrate ed ampliate in un periodo relativamente breve di tempo, nel quale le applicazioni del laringoscopio hanno segnato epoca. Anzi, a misura che



questo processo di endoscopia guadagnava terreno, esso estendeva pure i suoi dominî agli organi annessi, e lo stesso specchio laringoscopico fu utilmente applicato nell'esame delle coane e dell'esofago. Così naturalmente la rinoscopia e la esofagoscopia divennero le germane della laringoscopia, e la specialità legittimamente abbracciò nel suo perimetro le malattie del naso, della cavità faringea e del tratto superiore dell'esofago. Come avete già inteso da alcuni esempi che io scelsi per segnare la via dell'indirizzo che dovremo seguire, a fin di rendersi conto di alcuni fenomeni, è troppo necessario che l'esame si estenda a quelli organi che hanno con la laringe comuni certe funzioni.

L'elemento primitivo formatore del suono è la corda vocale, ma il suono glottico ripercuotendosi nelle cavità annesse (le quali convibrano insieme ai ligamenti vocali), s'ingentilisce, si modifica per timbro, per forza ed intensità, cose che ci rendono conto delle infinite modulazioni della voce umana, la quale diventa, si può dire con fondamento, caratteristica per i singoli individui. Quando le vie nasali non sono libere, il timbro della voce acquista un carattere speciale; la voce si fa inintelligibile quando il velo pendulo è distrutto; divien nasale se è paralizzato o le tonsille son gonfie; gutturale quando l'epiglottide è ingrossata, o ci ha neoplasmi voluminosi i quali ostacolano la libera fuoriuscita della colonna di aria ascendente.

La laringe può esser pervia e la respirazione stertorosa, sempre che ci sia rilevante imbarazzo alla circolazione dell'aria nell'istmo, o quando la cavità naso-faringea e le vie nasali non siano libere. La disfagia è l'esponente classico della maggior parte delle malattie dell'esofago, della flogosi flemmonosa delle tonsille, o di altre condizioni patologiche del velo, e nei piccoli bambini la suzione può esser seriamente ostacolata per effetto di una semplice corizza.

L'esame della laringe non può esser completo senza che si pratichi eziandio quello della faringe e del naso, e certe volte dell'esofago.

Molte malattie si diffondono per contiguità di tessuti, si



ripetono per analogia di struttura, per ragioni topografiche di vicinanza, e certe fiate la causa di una malattia laringea risiede sulla faringe, nella cavità naso-faringea o entro l'esofago.

Questo studio incompleto, frazionato, veniva per lo innanzi fatto a sbalzi, nella Patologia chirurgica e nella medica, ora nel paragrafo sulle malattie del tratto digerente, ora in quello delle affezioni respiratorie, un po' tra le malattie della faccia (naso), un po' nel capitolo delle malattie infettive (sifilide, difterite, morbillo, tifo) e persino tra le malattie cutanee (lupus, lepra, morva, farcino ecc.).

Ma restavano enormi lacune — e certe infermità volgari si lasciavano alla perspicacia del giovane medico, il quale tutto che erudito ed intelligente, si trova talora imbarazzato per cose semplicissime. Oggi fortunatamente queste malattie riunite in una rubrica vi si offrono allo studio con limiti precisi, con vita autonoma e si possono seguire con ardore e diligenza.

Le specialità sono divenute un bisogno, ora che i mezzi d'investigazione si sono moltiplicati, ma sarebbe un torto inescusabile il credere che questa laringoiatrica debba pesare sui vostri omeri come grave fardello. La osservazione clinica è, per ordine logico, sempre una e costante: i processi patologici, qualunque sia l'organo in cui si svolgono, obbediscono alle medesime leggi di funzione e di evoluzione.

Il segreto per non smarrirsi in tanta vastità di erudizione e riuscire un valoroso medico pratico, sta nel seguire costantemente un metodo inappuntabile (e questo avete già appreso dai vostri egregi Maestri) usufruendo debitamente di tutti i mezzi che l'arte ci fornisce. Lo specchio laringeo fra le mani di colui che crede nella lesione locale aver tutto raggiunto, è come lo schioppo che scatta nelle mani dell'inesperto; ma per chi se ne avvale come mezzo diagnostico complementare, senza dimenticare che l'organo vive nell'organismo, è l'arma di precisione che colpisce al segno.

Interpetrando i desiderî di parecchi tra voi, io alternerò queste lezioni cliniche con alcuni trattatelli completi sulle malattie più frequenti, e per ora ve ne prometto due: sulla



tubercolosi laringea e sulla difterite faringo-laringea. È mio vivo desiderio però che siate assidui allo Ambulatorio, acciò possiate rendervi padroni della tecnica ed eseguire voi medesimi alcune operazioni che forse saranno le prime a cui sarete chiamati.

Eccovi il mio programma — o giovani egregi — quello che io vi presento col profondo sentimento di compire per intero il dover mio, e la certezza che voi con l'ingegno ed il buon volere vostro renderete fertile il campo, nel quale, sotto gli auspicî gloriosi della scienza, lavoreremo insieme.



## LEZIONE PRIMA

# Tubercolosi laringea e sue forme

### I.

#### Storia, Etiologia e Patogenesi.

**Sommario.** — La tubercolosi laringea era detta dagli antichi tisi laringea. Questo secondo nome non è esatto che in un senso ristretto. Poco esatto è pure il nome di laringite tubercolare. La tubercolosi, come morbo, è antichissima; recente come conoscenza anatomica. Il periodo storico si divide in tre fasi: 1) dai più remoti tempi a Morgagni. 2) da Morgagni a Louis. 3) dalla prima metà del secolo XIX a noi. Valsalva apre per primo — dietro consiglio di Morgagni — la laringe e ne fa un esame anatomo-patologico. Louis lo segue nel 1825 ed intravede il nesso tra tubercolosi polmonale ed ulcere laringee. Opinione del Trousseau, di Belloc, Fleury, Monneret, Barth, Rokitansky. — Patogenesi. Ci è una discreta frequenza. Statistica di Heinze, e perchè questa sia inferiore al vero. Ci sono tubercolosi laringee primitive? Ragioni che la fanno affermare. È accettabile sempre l'opinione che gli escreti che provengono dalle parti più basse delle vie respiratorie inducono tubercolosi laringea? — L'età giovanile è cagione predisponente: il sesso. Altre cause che predispongono sono la sifilide, il riassorbimento di prodotti morbigeni.

SIGNORI,

Presentemente all'ambulatorio ci sono varî infermi di tubercolosi laringea, alcuni dei quali vi ho già presentati. È una malattia frequente, che voi avrete a riscontrare spesso in pratica; per l'una e per l'altra ragione, comincio uno studio intorno a questa grave ed importante affezione. Uno studio che farò, per non derogare al carattere di queste lezioni, dal punto di vista anatomo-patologico e clinico. Dal punto anatomico, per precisare la vera natura del morbo; dal punto clinico, onde mettere in relazione di una precisa diagnosi generica la lesione materiale che ci svela il laringoscopio.

La *tubercolosi laringea* è ancora oggidì chiamata da alcuni col nome di *tisi laringea e tracheale*, o con l'altro di *laringite ulcero-tubercolare*. Gli antichi, che erano abbastanza larghi nell'uso di questo vocabolo, *tisi*,



lo applicavano a tutti quei morbi che inducevano cachessia, marasma, consunzione; e certamente per la laringe hanno dovuto esser confusi processi differentissimi: il cancro, che come la tubercolosi si accompagna a tosse, espettorazione e denutrizione; la sifilide laringea, che talora ha una scena consimile; senza dire che in generale, tutte le laringostenosi, da qualunque causa originate, togliendo all'organismo il più vitale alimento, l'ossigeno, menano pure a marasma. Nello stato attuale delle nostre conoscenze, poichè non è possibile cancellare un vocabolo che ha acquistato i diritti del tempo, noi possiamo ancora servircene; a patto che limitassimo il suo significato patologico alla tubercolosi propriamente, e nel caso che ci riguarda, alla tubercolosi della laringe.

Non così della denominazione di *laringite ulcero-tuberculosa*, falsa perchè, come sentirete appresso, e come sin da ora vi preannunzio, l'ulcera non è punto la nota costante della tubercolosi.

La tubercolosi della laringe ha certamente dovuto coesistere con l'uomo, e voi sarete non poco meravigliati dal sapere che ciò malgrado, la sua storia anatomica precisa è stata appena completata nei tempi moderni.

Dividerò questo grande periodo storico in tre fasi, e mi piace farlo non per un lusso inutile, bensì nella intenzione di rafforzare nell'animo vostro il concetto vero della malattia che ci occupa.

La prima fase si estende dai più remoti tempi sino al nostro immortale Morgagni; la seconda dal Morgagni al Louis, con tutta la scuola francese; la terza dalla prima metà di questo secolo infino a noi. Malgrado le negazioni di un autore dottissimo, non si può disconoscere che l'idea di aprire la laringe per controllare fenomeni di asma in una donna che n'era morta, venne al Morgagni. Fu egli che indusse il Valsalva a sezionare la laringe, ed al di sotto delle corde vocali si rinvenne un'ulcera ed uno zaffo di essudati concreti che avea occluso, al di sotto, il lume glottideo. Fu un barlume tra tante tenebre, il quale più tardi fu fecondo di utili ricerche. Ecco il primo passo; ecco una prima pietra al fondamento dell'edificio della tubercolosi laringea.

Un secondo ne fece il Louis nel 1825, quando intravide un nesso tra le ulcerazioni laringee e la tisi polmonare, nesso che era sfuggito a due grandi suoi contemporanei, Laennec e G. Frank. Per vero, il primo richiamò la sua attenzione sulle lesioni intestinali nella tubercolosi, ma passò sotto silenzio quelle laringee: l'altro confuse sotto il nome generico di tisi, ulcerazioni di carattere diverso, affermando che per lo più i polmoni erano sani.

Nel 1837, l'Accademia di Medicina di Parigi propose un premio alla migliore memoria sull'argomento, premio che fu guadagnato da Trousseau e Belloc per un lavoro che voi certamente avete inteso a citare.



Di fronte alle nostre odierne cognizioni però, questo classico libro riesce incompleto. Trousseau e Belloc ebbero il gran merito di riconoscere una tisi tubercolare, una tisi sifilitica, una tisi cancerosa, ma ritennero la prima effetto della malattia generale (seguaci qual' erano dell'umorismo) e non già una vera tubercolizzazione, che credevano possibile, ma che non affermarono.

La storia della tubercolosi seguì ad avere curiose vicende in Francia, Fleury e Monneret negando la tubercolosi; ammettendola (benchè di rado) e dimostrandola ai suoi scolari Barth; equivocandone il significato Andral, che descrisse i falsi tubercoli nei follicoli ipertrofiati e sporgenti, nei quali si addensava il secreto.

Ben altrimenti andavano le cose per la scuola di Vienna, e Rokitansky, che a ragione possiamo chiamare il padre della medicina moderna, non solo affermò che la tubercolosi laringea era frequente, ma ne descrisse la sede ed i caratteri, cose che ci fan toccare con mano quanto egli fosse nel vero. Lhéritier, Gunsburg, Tobold in Germania convalidarono codesta opinione, che alla sua volta fu oppugnata da Seul, Rühl e Empis, sino a che la gigantesca figura del Virchow non venne a derimere la pendenza, a cui Heinze ha dato posteriormente il crollo con una sua dotta pubblicazione.

Nè il Virchow affermò solo che la laringe era da raccomandarsi a chiunque volesse avere idea del tubercolo che quivi si sviluppava come un piccolo granulo grigio e trasparente, organizzato e composto da cellule linfoide; indagò bensì le cause di tanti dispareri, e le rinvenne in due fatti: 1) nel voler assolutamente attribuire e ricercare nel tubercolo la fase caseosa; 2) nel dimostrare che il tubercolo prendendo nella laringe un carattere complesso, oscura la sua essenzialità. Di fatti, quando la infiltrazione tubercolare si estende e guadagna in profondità, si destano gravi pericondriti ed estese necrosi, nelle quali gli elementi flogogeni, l'infiltrato ed il detrito mascherano il granulo miliare il quale fu la scintilla che attizzò l'incendio.

Onde noi possiamo, per le ricerche microscopiche e laringoscopiche, non solo affermare che nella laringe ci siano in realtà i tubercoli, nel pretto senso del loro valore, ma ripetere che sian frequenti e facili a separarsi da altre lesioni che volentieri osserviamo in concomitanza della tisi e tubercolosi polmonare.

**Etiologia e Patogenesi.** — Parlandovi delle cause e della genesi del tubercolo entro la scattola della voce, io intendo limitare questo studio a quei momenti che ne favoriscono lo sviluppo.

Invaderei un campo che non è mio, e mi dilungherei di troppo se volessi accennarvi tutte le teorie che in breve tempo si sono succedute: dirvi se il tubercolo si debba ripetere dagli endotelii dei vasi, dalle cel-



lule dell'avventizia di questi, o da quelle fisse e parietali del connettivo: alludere alla inoculabilità di codesto prodotto morboso, alla teoria del Waldenburg che insegna il riassorbimento di materiali organici provenienti dallo stesso organismo, alla natura infettiva propugnata da Rindfleisch, Klebs e Conheim, alle accentuazioni che il Koch ha ultimamente dato ai bacilli della tubercolosi. Parto invece da un dato preciso: la tubercolosi sviluppata; e mi dimando quali siano le speciali condizioni che ne favoriscono l'accentrazione entro la scattola della voce.

A questa dimanda si deve rispondere discutendo prima della frequenza, poi della possibilità o meno di una tubercolosi laringea primaria, ed in ultimo di tutte quelle cagioni che possono favorirne lo sviluppo.

Frequenza. — È naturale che voi mi dimandiate se spesso o di rado si osserva la tisi laringea. Sopra 100 infermi di tubercolosi polmonare, ad esempio, quanti ne ammalano di tubercolosi laringea? Di ciò si è occupato, e con molta soddisfazione, Heinze. Egli nell'Istituto patologico di Lipsia ha sezionato 1226 cadaveri d'infermi di tubercolosi polmonare, e ne ha registrata la proporzione del 30,6 %.

Mi preme però farvi subito riflettere che questa cifra può essere accresciuta se per poco noi ricordiamo che negli ospedali ricovera la maggior parte di questi infelici a decorso inoltrato di morbo, e che altri in preda a mal di gola popolano gli ambulatori o si osservano nella pratica privata. A noi si rivolgono quasi tutti i malati di gola, e se volessimo redigere una statistica, noi potremmo ottenere un risultamento di 100 %; ma se questa è una esagerazione della quale è agevole trovar la causa, non possiamo negare che codesto contingente riversato su quello ricavato dai nosocomi, aumenti la proporzione, e noi legittimamente, come io vi diceva, possiamo ritenere non solo vera, ma forse inferiore al vero, la proporzione che ha riferito questo dotto anatomico.

Un altro argomento di grande interesse è quello che si riferisce alla possibilità di una tisi laringea primitiva. È possibile che prima dei polmoni ammalino la laringe di tubercolosi? Codesto quesito merita di venir risolto egualmente dal lato anatomico e dal lato clinico. Perchè dal lato anatomico fosse sicuramente dimostrato vero, importerebbe che dalle necrosapie risultasse: 1) integrità dei polmoni, 2) lesioni non equivoche della laringe. Ma voi comprendete pure che questo è un desiderato, e se finora casi del genere non sono risaputi, non si può dir per questo, impossibile il fatto. Voi sapete che la tubercolosi è una malattia generale, la quale tende a localizzarsi presto in certi organi che predilige. Nell'adulto, almeno, non è stata osservata tubercolosi intestinale o cerebrale senza che i polmoni ne fossero invasi, e supposta per un momento vera la origine primaria del granulo miliare nella laringe, è facile comprendere come ben presto ne debba venir colpito il pulmone.



La tubercolosi è una malattia che tende a generalizzarsi ed ha un decorso progressivo: per dimostrare anatomicamente vera la tubercolosi laringea primaria, sarebbe necessario che prima di aggravarsi la lesione laringea, con che si determinerebbe certo la localizzazione polmonare, l'infermo uscisse di vita per un' accidentale complicità, e l'anatomista patologo potesse colpire in questa fase iniziale il processo. Ma è pur vero che in molte autopsie, certe volte risalta una disproporzione tra le lesioni laringee e le polmonari, così che le prime sono molto avanzate e le seconde incipienti.

Dal lato clinico, invece, noi abbiamo argomenti a josa per sostenere la tubercolosi primitiva della laringe. Importa precisare la natura vera delle lesioni che discopre il laringoscopio, non equivocarle con altre di natura differente, maturando tutti i criteri differenziali, e d'altra parte constatando con l'esame stetoscopico e plessimetrico, la integrità dei polmoni. Non si può disconoscere che certe volte codesta esplorazione è difficile, quando appunto le alterazioni sono miti e centrali; ma ipotesi per ipotesi, l'una non distrugge l'altra.

D'altro canto voi, che sarete presto al caso di giudicare da voi la questione clinica, converrete con me che stando ad una osservazione spregiudicata, non si può disconvenirne. Queste impressioni sui rapporti della tubercolosi laringea e polmonare, sono state le stesse per il mio egregio Aiuto, il Prof. Masucci, e per due valorosi giovani di questa scuola, i dottori G. Cicconardi e L. Bonomo che recentemente han pubblicato interessanti lavori. Il Cicconardi appoggia la opinione che il Masucci porta sul proposito, spiegando come lui la predilezione per la laringe con la teoria parassitaria che il Koch ha così calorosamente sostenuto. Se, dicono essi, tutto porta a credere che la tubercolosi dipenda da inalazione di un particolare germe morboso, qual meraviglia che col polviscolo atmosferico l'elemento efficiente della malattia non si arresti alla laringe, ch'è il primo baluardo, e nel quale le pliche della mucosa si prestano mirabilmente a trattenerlo? Queste vedute troverebbero un appoggio in quello che ultimamente ha fatto rilevare il Fränkel di Berlino, cioè la presenza dei bacilli della tubercolosi nelle ulcerazioni laringee che essa suscita.

Nè può aver valore la obiezione che si potrebbe muovere circa la incolumità delle parti poste avanti la laringe (amigdale, istmo delle fauci ecc.), non solo perchè ci sono eziandio casi di tubercolosi faringea, ma perchè la struttura delle altre parti è differente, in ispecie per la qualità degli epitelii e delle glandole che positivamente si modificano nel tratto respiratorio.

Il Bonomo ha guardata la cosa da un altro punto di vista, e fondandosi sopra un criterio di analogia, ha invocato per la laringe lo scarso



materiale nutritivo che le vien fornito dai vasi arteriali. E per vero, se noi ricordiamo che i piccoli rami dalla laringea superiore, inferiore e posteriore (che com'è risaputo derivano rispettivamente dalla tiroidea superiore ed inferiore) devono irrorare muscoli, mucosa, pericondrio ecc., ci accorgeremo ben presto che non è certo rigogliosa la circolazione in quest'organo. Invece tronchi nervosi rilevanti ed importanti la governano, e ben si può dire che la vita di relazione prevalga su quella nutritiva. Quest'organo rassomiglia a quei deboli organismi anemici, nei quali l'eretismo nervoso predomina.

Ora se nei polmoni, in questi organi tanto prediletti dal tubercolo, la preferenza è per quelle parti che sono meno ricche di vasi e funzionano meno (gli apici), non sarebbe a meravigliare se per la laringe si potessero invocare questi stessi criterii.

A parte il valore che questa teoria seducente, e che volentieri io faccio mia, può avere per spiegare la genesi primaria del tubercolo nell'organo della voce, è innegabile che essa, insieme a quella sostenuta dal Masucci e dal Cicconardi, possa essere molto a proposito utilizzata per renderci conto di quelle intime cagioni che favoriscono, anche in linea secondaria, lo sviluppo del tubercolo.

Tra le quali bisogna prendere eziandio in considerazione gli escreti che provengono dalle parti più basse delle vie respiratorie. Codesta teoria, carezzata dal Louis, da Trousseau e Belloc, si può facilmente contraddire se la s'interpreta in un senso; ma riguardata sotto altro aspetto, può essere accettata con talune riserve. Se gli essudati che partono dal polmone godessero davvero della triste proprietà di attizzare ulcerazioni laringee, sarebbe da aspettarne altre, e precedentemente, sui bronchi e la trachea che subirono la medesima influenza. Se il fatto fosse costante, noi dovremmo veder sempre le dette alterazioni, quando ci sono contemplabili lesioni pulmonari, e questo non è. Certo, bisognerebbe invocare altri momenti etiologici, quando ogni essudato manca. Le ulcerazioni da tubercolo procedono dalle parti più profonde alle superficie, mentre dovrebbe accadere il contrario.

Tutto ciò è innegabile, e noi abbiám già visto per quali vie poteva localizzarsi nella laringe il tubercolo. Abbiám fatto risaltare che Louis e la sua scuola erano in errore, quando volevano spiegare per la via della crasi i guasti laringei, negando la tubercolizzazione della mucosa. Ma se la natura infettiva del tubercolo guadagnerà terreno, come ne ha l'aria; se i bacilli speciali saranno meglio accompagnati nella loro evoluzione, certo che la loro presenza negli espettorati non potrà essere nulla su certe regioni che rappresentano il punto di confluenza di questi escreti medesimi, e che per la loro struttura anatomica hanno massima disposizione ad ammalare.



Mi sbrigherò presto di altre cause occasionali che non hanno altro valore se non quello della prevalenza.

La tubercolosi laringea è più frequente tra 20-40 anni che non agli estremi della vita. È rara, ma non impossibile a vedersi nella tenera età. Mackenzie l'ha osservata sino in ragazzi di 5 anni, ed io ricordo qualche caso in fanciulli. Rara pure è nella vecchiaia. Si può credere forse che nel primo periodo della vita l'organo, essendo ancora rudimentale, sfugga ai dardi della malattia?

Gli uomini ne ammalano più che le femmine — e questo lo vedrete chiaramente nel nostro ambulatorio. — Non credo che la vita più esposta e più trapazzosa negli uomini spieghi codesta prevalenza, giacchè son convinto che tutti gli stimoli locali di qualunque natura (fumo, alcoolici, tosse, vociferazione, infreddamenti) non possono attizzare altro che una flogosi di carattere comune. E ricordo di averne viste e curate, con completa risoluzione, parecchie, in individui affetti da tubercolosi. Ci vuole altro; una condizione intima che o ci sfugge od arriviamo appena a carpire.

Un'ultima considerazione sulla sifilide laringea, ed ho finito.

Certe fiate è assai difficile distinguere una lesione sifilitica della laringe da una di carattere tubercolare. È un errore che si può commettere, che confesso di aver io stesso commesso. Ma quando, constatato il fatto, io son ritornato sopra a certi casi, ho acquistato pure un altro convincimento, che cioè ad una lesione sifilitica possa sopraggiungerne una tubercolare. Non che l'una si trasformi nell'altra, ma dato ad esempio un infiltrato gommoso, se nello stesso soggetto si svilupperà la tubercolosi, la laringe può rappresentare il punto debole, e fornire pretesto perchè la malattia vi si dichiari. Ciò che è meno impugnabile di un altro fatto, e cioè che i preesistenti prodotti morbigeni riassorbiti possano per via embolica destare la tubercolosi. Mi basta solamente aver richiamata la vostra attenzione: vedremo assieme, nei nostri studii, se, è fin dove sia vera codesta ipotesi.

---



## LEZIONE SECONDA

### II.

#### Note anatomiche

**Sommario.** — Struttura del tubercolo e presenza in esso della cellula gigante. — Opinione di Heinze sulla limitazione dei tubereoli nella mucosa e sotto-mucosa. — Lesioni delle cartilagini e fibro-cartilagini. — Modo di comportarsi dei vasi nell'infiltrazione tubercolare. — Partecipazione del tessuto muscolare (Heinze). — Opinione in contrario di Mackenzie, Massei. — Quante e quali sieno le forme che assume la tubercolosi laringea: 1) ulcera tubercolare, 2) pericondrite aritenoidea, 3) infiltramento delle corde, 4) deposito di granuli miliari sulle corde (Massei). — Caratteri particolari di queste forme. — Possibilità della tubercolosi nelle parti prossimiori alla laringe—velo pendolo—spazio naso-faringeo—setto nasale—lingua—trachea. — Complicanze che possono riscontrarsi nella tubercolosi laringea: anemia: iperemia: catarro desquamativo: condizione papillomatosa (Isambert): paralisi delle corde ed afonia — Opinione del Mandl su questa paralisi — Opinione di altri autori — Rarità delle ulcerazioni non tubercolari nel cavo laringeo.

SIGNORI,

Da quello che vi dissi la volta passata, voi avrete già appreso che il tubercolo veramente si riscontra nella laringe, e che possiamo chiaramente parlare di tubercolosi laringea. Ora importa vedere quali sono le **lesioni anatomiche** che il tubercolo induce nella laringe. Naturalmente se io volessi parlarvi della istologia del tubercolo in genere, tradirei il mio mandato; invece vi accennerò le modificazioni che questo prodotto patologico subisce nella laringe, o il modo di comportarsi del tubercolo relativamente ai varii tessuti che formano la laringe.

Il tubercolo, ritenuto da Virchow per un granuloma, per un linfadenoma da Wagner, si presenta come un piccolo nodulo grigio, trasparente, il quale può raggiungere fino il volume di un acino di miglio, e nel suo centro contiene una cellula gigante a cui fanno corona numerose cellule linfoidi, ed altre più rare e larghe che contengono numerosi nuclei, i quali hanno forte potere rifrangente. Queste cellule giganti, che il Brodowsky chiama angio-blastiche, sono state negate da alcuni, e Cacciolla, Tahon, Cornil e Ranvier ne dubitano molto. Ma dalle ultime ricerche di Heinze e Stefano Mackenzie pare che non si possa dubitare di queste cellule giganti; anzi la loro presenza, quando il tubercolo ha subita la degenerazione caseosa, riesce importantissima;



giacchè da questo solo reperto potete argomentare del carattere tubercolare dell'infiltrazione.

Pare che i tubercoli seguano per lo più il decorso dei vasi; ma taluni hanno fatto riflettere che, essendo detti vasi tortuosi, si possa dire che siano questi che vanno incontro ai granuli, anzicchè essi che si sviluppino vicino a loro. È eccezionale però che nella laringe si riscontrino semplici depositi di granuli miliari; la nota classica è l'infiltrazione del tessuto che non è dissimile da quella che succede in altri organi dell'economia. Ci è però un modo curioso di comportarsi dell'infiltrato, e che abbiamo il dovere di sapere. Per esempio, è risaputo che queste collezioni (permettetemi la parola) di cellule linfoidee, intorno a cui si trovano sfere di protoplasma con nuclei vescicolari e sottili ramificazioni, è risaputo, dico, che esse si annidano nella mucosa e nella sottomucosa, restando, direi quasi, sequestrate tra l'epitelio al di sopra, e lo strato glandolare al di sotto. Questo è il fatto più frequente; ma quando il tubercolo subisce la fase ulcerante, o si approfonda, ciò che gli dà il carattere complesso, ciò che ci spiega perchè per un lungo periodo di tempo si sia disconosciuto o negato il tubercolo nella laringe, allora succedono altre lesioni. La ulcerazione, che dipende da degenerazione grassa degli elementi neoformati, si appalesa alla superficie, quante volte gli elementi che formano il tubercolo si fanno strada avanti; l'epitelio si rammollisce, le sue cellule restano degenerate ed allora esso progredisce dalle parti più profonde alle più superficiali, fino a riscontrarsi intorno ai bordi e sul fondo dell'ulcera. Viceversa, si può dare che il processo proceda verso la parte sottostante fino a raggiungere la cartilagine. E qui le ricerche di Heinze non sono di accordo con quello che noi abbiamo imparato dai ripetuti esami laringoscopici: egli ammette la limitazione dei tubercoli nella mucosa e nella sottomucosa; e l'infiammazione del pericondrio avverrebbe per diffusione del processo reattivo che il tubercolo deve destare. Io col Mackenzie ed altri, ritengo invece che l'infiltrazione possa cominciare dal pericondrio, specie di quello delle aritenoidi, che ne sono frequente bersaglio. Però o che ci sia questo deposito, come io inclino a ritenere, o che si tratti di un'alterazione sussecutiva, nella tisi laringea possono aver luogo notevoli lesioni delle cartilagini; e basta l'annuncio di questo possibile per renderci conto della devastazione che la tisi laringea produce. Allora tra le lamine del pericondrio si forma abbondante quantità di pus, la sostanza jalina prima si fa opaca e poi subisce la degenerazione grassa. Onde certe volte, quando il processo suppurativo è attivissimo ed intenso, le cartilagini restano libere, ed altre volte apertosi l'ascesso, viene eliminata per intero la cartilagine, supponiamo le aritenoidi che sono così piccole, da prestarsi per intero all'eliminazione. Se si tratta di fibro-cartilagini, gli elementi cartilaginei subiscono la degenerazione



grassa, mentre le fibre elastiche s'infiltrano di pus, cosicchè l'epiglottide può comparire spaccata, e io ricordo di averne visto un classico esempio nel quale si notavano due bendelle laterali, mobili e pendenti. Il processo ulcerante ha dunque luogo perchè gli elementi che costituiscono il tubercolo si avvicinano sempre più agli strati epiteliali, i quali si rammolliscono, si necrosano, e danno per ultimo effetto la necrosi locale.

L'infiltrazione del tessuto si può ben ravvisare dal suo spessore, perchè la mucosa può triplicare o quadruplicare il suo volume, ed in mezzo a questo ispessimento si osservano i punti centrali pallidi, e necrotici. L'infiltrazione può restare eziandio stazionaria per un certo tempo, e così ci rendiamo conto di certe forme di pericondriti che non danno ulcerazione.

Il processo ulceroso dev'essere ancora accompagnato in certe sue particolarità, perchè alle volte il punto di partenza sono gli acini glandolari. La moltiplicazione di queste cellule rotonde accade entro le capsule dei follicoli acinosi, e la compressione che si esercita nello interno delle capsule medesime riduce gli acini, che in un sacco erano 20 o 30, a 4 o 5. È singolare che i dotti escretori delle glandole possono restare illesi, onde alle volte son dilatati e lasciano uscir fuori il pus che vi si accumula. Interessante è pure il modo di comportarsi dei vasi nell'infiltrato, perchè quando l'infiltrazione è scarsa, voi potete avere cellule rotonde all'esterno, e fra gli spazi della tunica avventizia; la quale, se la tubercolosi è invece di grado avanzato, finisce per ulcerarsi; non così la tunica muscolare e l'intima. Per le vene, ci è una speciale vulnerabilità della tunica muscolare, onde stenosato il lume del vase, si spiega il facile trasudamento sieroso. I capillari hanno pure massima resistenza per l'infiltrazione tubercolare, e però nella regione d'infiltrazione tubercolare vi abbondano. Noi abbiamo la controprova del modo come si svolge l'ulcera, procedendo cioè dall'interno all'esterno, nel fatto che gli strati più vicini all'epitelio sono infiltrati di cellule rotonde, cellule le quali non hanno il carattere particolare dell'infiltrazione tubercolare.

Lo strato muscolare pare che alle volte prenda parte al processo tubercolare. È stata notata, per esempio, degenerazione grassa del perimisio interno, della sostanza contrattile, e delle fibre muscolari. Altre volte Heinze ha trovato formazione recente di granuli tubercolari tra le diverse fibre muscolari. Dichiaro però, e in questo son d'accordo col Mackenzie, che noi possiamo ritenere queste alterazioni che si verificano, piuttosto come effetto di « croniche alterazioni che subisce la nutrizione » anzichè di vera infiltrazione tubercolare, tranne che il microscopio non ci riveli la presenza di piccoli corpuscoli rotondi tra i diversi fasci muscolari.



Queste poche notizie istologiche che ho voluto darvi per meglio intendere le lesioni primitive della tubercolosi laringea, resterebbero senza effetto, se io ora non vi dicessi quali sono i segni, le note che rivelate dal laringoscopio, ci annunziano lo svolgimento della tubercolosi laringea. Richiamo su questo la vostra attenzione, perchè la breve classifica che vi esporrò ha il merito di esser desunta da una lunga esperienza, ed a misura che vi avvanzerete in questi esercizi clinici, ne vedrete tutta l'importanza. Io vi ho detto che la tubercolosi laringea ha un carattere autonomo, che certe volte può esser primaria, e se voi non convenite con me dal punto di vista anatomico, dovete concedermi che dal lato clinico è una distinzione verissima. Ora se col laringoscopio potete accertarvi che la lesione è di carattere tubercolare, avete un segno prezioso per la diagnosi.

Queste note io le ho ridotte a quattro, perchè sono veramente quelle che ho potuto riscontrare. Le enumero per ordine di frequenza: 1) ulcera tubercolare, 2) pericondrite aritenoidea, 3) infiltramento delle corde vocali, 4) deposito di granuli miliari nelle corde vocali. Il tubercolo prende un carattere complesso, l'ulcera è figlia dell'infiltrato; l'infiltrato dopo essere rimasto stazionario può subire la fase ulcerante, ma nel descrivervi queste quattro forme, intendo alludere a quelle cliniche ed anatomiche che colpiscono colui che osserva. Vuol dire che sia l'infiltrato scarso, sia l'ulcerazione che si è formata rapidamente, voi intervenendo per tempo non riscontrate altro che l'ulcera, pur comprendendo che il periodo neoplastico ha dovuto precedere.

L'ulcera dunque può bene appartenere ad una forma della tubercolosi laringea, la forma ulcerante che è la più frequente. Però essa non è la nota costante e voi v'ingannereste di molto se vorreste ritenere che la tubercolosi laringea si debba sempre annunziare con l'ulcera; la ulcerazione è niente altro che un fatto frequente. Come è questa ulcerazione? Dove risiede? La mucosa aritenoidea ed inter-aritenoidea ne è frequente bersaglio, ed è tanto caratteristica questa sede, che se la lesione è limitata in quel punto, voi con quest'unico criterio potete completare la diagnosi etiologica. Le ulcerazioni si formano perchè le conglomerazioni confluiscono: sono tanti punti ulceranti per proprio conto, che convergono in uno, ed allora la perdita di sostanza che si presenta alla vostra osservazione risulta dalla somma di più punti necrosati. Se voi ricordate che, perchè l'ulcera abbia luogo, è necessario che gli elementi neoplastici si avvicinino all'epitelio, voi comprenderete subito che l'ulcera da tubercolo non è per sè stessa molto profonda, tranne che non succeda quella complessività di fenomeni di cui vi ho parlato. Che se certe volte all'aspetto l'ulcera pare abbastanza profonda, ciò si deve al fatto dello edema, per cui i suoi bordi sembrano rilevatissimi. Vi sono nondimeno due caratteri, ai quali bisogna fare at-



tenzione, cioè la levigatezza dell' edema collaterale ed il pallore della mucosa circostante. Quest' infiltrazione edematosa, che naturalmente è tutt' altro dell' infiltrazione neoplastica tubercolare, suol' essere abbastanza costante, e si propaga, per le maglie del connettivo sottomucoso, in punti lontani. Supponendo l' ulcera inter-aritenoidea, noi abbiamo frequente l' infiltrazione edematosa nei legamenti ari-epiglottici che acquistano uno speciale aspetto, da taluni detto piriforme, perchè tenendo conto dell' apice rivolto verso l' epiglottide e della base che guarda la cartilagine aritenoide, questo turgore rappresenta una pera. La tumefazione delle parti cancella la sporgenza normale che formano la cartilagine del Wrisberg e la corniculata, onde spesso l' ingorgo edematoso è considerevole, ha forma di pera, ed invade tutto il ligamento ari-epiglottico di un lato.

L' infiltrazione può essere unilaterale e bilaterale; non già perchè ci sia bisogno della presenza di due ulcerazioni distinte, ma perchè le vie di comunicazione del tessuto connettivo sotto-mucoso sono ampie. Un altro punto frequente dell' ulcerazione è la epiglottide, e mentre nella sifilide è passionata la faccia linguale, nella tubercolosi lo è la faccia laringea. Nella superficie interna dell' epiglottide osserverete dunque ulcerazioni di forma irregolare e più o meno estese, dovute, come il microscopio rivela, ai granuli miliari. L' ulcerazione può avere luogo eziandio sulle false corde vocali, sulle vere, ma qui procede lentissimamente, perchè la trama che forma il vero ligamento vocale è un tessuto fibroso; è qui che il processo ulcerante comincia veramente dalle glandole mucose, le quali, come il Coyne ha dimostrato, per mezzo dei dotti escretori si aprono al margine libero delle corde vocali. L' ulcerazione può essere unica o multipla, circoscritta o diffusa, e quando si generalizza, si ha quello appunto che abbiám visto succedere in un infermo del nostro dispensario, ora ricoverato nella Clinica del Prof. de Renzi, che benignamente lo accolse. In quel paziente tutta la cavità appare coperta da un essudato che proviene dal grave processo ulcerante, diffusissimo. Abbiamo una forma di ulcerazione classica che non tanto spesso si ha agio di constatare e che fa strano contrasto con quelle ulcerazioni parziali e circoscritte che ho potuto più volte mostrarvi.

La seconda forma è la pericondrite aritenoidea. La tubercolosi ha una predilezione per le aritenoidi; e come vi ho detto per l' ulcera, vi ripeto dell' infiltrato: la sede spesso è caratteristica della lesione. Quando vi ho accennato alle note istologiche dell' infiltrazione tubercolare, ho notato che la mucosa può triplicare o quadruplicare il suo volume. Supponete che l' infiltrazione abbia luogo sulle cartilagini aritenoidi, in questo caso è quasi sempre bilaterale: è un enorme gonfiore il quale si estende equabilmente per tutta quella regione, ora più pronunziato da un lato, ora più da un altro. Avete un bel mettere tutta la diligenza per iscoprire il punto di partenza di questo edema, voi non riscontrerete nessuna perdita di sostanza



e vi persuaderete ben presto che è una infiltrazione neoplastica e non sierosa. Se ponete mente alla tensione della mucosa, alla sua levigatezza e lucentezza, al suo pallore, voi vi accorgerete che non si tratta veramente di edema, nel senso letterale della parola. Vi richiamo alla memoria ciò che succede per i flemmoni superficiali e per i profondi della cute. Quando il flemmone è superficiale, la pelle sovrastante si fa rossa e turgida; ma quando il flemmone è sotto-aponevrotico, la cute è tesa e pallida. Ebbene il pallore, la estrema tensione della mucosa medesima, sono abbastanza significativi della pericondrite, nella quale la fase ulcerante è possibile, ma rara. Perchè abbia luogo, bisogna che l'infiltrazione proceda negli strati più superficiali, ed arrivi fino allo epitelio; ma molto spesso rimane la pericondrite, come nacque.

Sono queste le forme più comuni: ce ne ha due altre più rare, che conviene pure studiare.

La terza forma, di cui intendo parlare, è l'infiltrazione delle corde vocali. Il processo anatomico è sempre il medesimo: è la forma che varia. Ma ci sono circostanze nelle quali non osservate altro se non aumento di spessore delle corde vocali; e quasi sempre unilaterale. La corda vocale non ha più il suo margine rettilineo, è scabra nella sua superficie, bernoccoluta: il suo colorito perlaceo si muta in uno rosso fosco. L'infiltrato può restare stazionario per lungo tempo, ma può accadere ancora ulcerazione, e vi ricorderete benissimo d'un infermo nel quale l'ulcerazione era limitata ad entrambe le corde; ora, mentre quella di sinistra era in preda ad un grave processo ulcerante, quella di destra era appena interessata: certezza quindi che l'ulcerazione avea dovuto svolgersi in un tempo diverso, ed era cominciata dal lato sinistro. Un processo così limitato ad un tessuto fibroso e resistente, che non ha ampie comunicazioni con la mucosa circostante, non produce edema collaterale; il processo resta limitato lì, e tutt'al più si nota una ristretta zona iperemica attorno.

Della quarta forma vi parlerò semplicemente per debito scientifico, ma io stesso non l'ho riscontrata che due volte. Le forme di cui vi ho precedentemente intrattenuto, provano il carattere dell'infiltrazione tubercolare, infiltrazione specifica che si accompagna all'infiammatoria; ma si può dare nella laringe vero deposito dei granuli miliari. Supponiamo un momento la tubercolosi delle sierose: ci è una meningite tubercolare, in cui avete prodotti stratificati, in mezzo ai quali vi sarà facile riconoscere granuli miliari più o meno sparsi. Ma ci sono dei granuli miliari scompagnati da ogni sintoma di flogosi. Ebbene, nella laringe è possibile lo stesso fatto; è possibile cioè che di preferenza sulle corde vocali si abbia ad osservare pochi granuli, che risaltano al di sotto dell'epitelio per la loro piccolezza, il loro colorito grigio-sporco, la loro forma perfetta, i vasi capillari che li circondano; ma il nodulo stesso conserva bene il



suo vero carattere, sicchè non potreste equivocarlo che con la sola ipertrofia glandolare.

Poichè abbiamo già fatto uno studio abbastanza completo delle alterazioni proprie della tubercolosi laringea, ho il debito di accennare eziandio a quelle lesioni che avvengono nei tessuti prossimiori alla laringe e che conservano il carattere tubercolare.

Sulla faringe è possibile la tubercolosi. Ne abbiamo degli esempi classici: è possibile che la tubercolosi si annodi sul velo, in tutto lo spazio naso-faringeo, che è tanto ricco di tessuto citogeno, sia alle pareti laterali, sia alla volta. Difatti con l'esame rinoscopico, o sul cadavere, è stata constatata, in queste sedi che vi ho menzionato, una lesione ulcerante che ricorda molto il tubercolo. Per la cavità naso-faringea, a me pare succeda lo stesso che si è visto accadere per la laringe; dopo un periodo di esitazione, si arriva a quello di certezza e di dimostrazione: è uno studio che comincia a farsi appena, ed al quale han preso buona parte Wendt e Ziemssen. L'anatomia patologica però deve meglio illuminare questo grave argomento, e dirci se veramente, come per la laringe, ci siano nel cavo naso-faringeo granuli tubercolari.

Poche osservazioni sono registrate di tubercolosi del setto del naso che hanno portato ulcerazioni, e poche osservazioni pure riguardano la tubercolosi della lingua. Nel congresso laringologico di Milano, il dottor Lennox Browne di Londra (che mi regalava una bella figura) parlò di osservazioni sue personali circa la tubercolosi della lingua, delle gengive e della faringe.

Cosicchè la tubercolosi non è sempre limitata alla laringe, ma può estendersi alla cavità naso-faringea, al setto, al velo-pendolo ed alla lingua.

Le ulcerazioni tracheali, in ultimo, possono essere, come quelle laringee, di carattere tubercolare o catarrale, e si riscontrano in una proporzione rarissima. Heinze sopra 1226 autopsie ha ritrovato 99 volte ulcerazioni tracheali, ma congiunte ad ulcerazione laringea ben 80 volte, e 19 volte soltanto limitate alla trachea; cioè una proporzione del due per cento circa.

Un ultimo paragrafo e termino. Quelle che vi ho descritte sono alterazioni tubercolari, ma mi domanderete voi: dato un individuo tifico, ci sono altre lesioni di carattere non tubercolare che si ponno riscontrare nelle laringe? Voi comprendete che la quistione ha un grandissimo valore. Ebbene, sì: per la laringe si danno, in complicità di tisi o tubercolosi polmonare, altre complicità che vi riassumo in breve: 1) Anemia di tutta la cavità. In molti individui in cui si prepara la tubercolosi, voi avete a constatare un pallore classico dell'intero vestibolo. È un'anemia marcata, tipica, solenne. 2) Iperemia. È possibile che in un dato periodo osserviate iperemie circoscritte, specie al tratto meso-aritenoideo; nè questo è contraddittorio. 3) Una forma di catarro che chiamiamo *desquamativo*. In certi individui osservate grande esfo-



liazione epiteliale con leggero opacamento della regione inter-aritenoidea. Che se l'ipertrofia s'estende al tessuto sottomucoso si ha: 4) quella condizione morbosa che Isambert chiama « *état velvétique* », condizione papilliforme, dovuta probabilmente a stimoli ripetuti che agiscono in quella parte. Ricordando la ricchezza delle glandole che la mucosa ha in quel posto, potete rendervi conto della predilezione che il tubercolo vi spiega, e prima di esso, stati patologici comuni, flogistici od iperplastici. Queste forme dunque voi potreste chiamare *laringiti nei tisiici*, non *dei tisiici*. L'iperemia circoscritta, il catarro, la iperplasia, sono tante complicitanze che si possono verificare in individui affetti da tisi, senza essere sotto il dominio dello sviluppo del tubercolo. 5) Infine ci può essere paralisi delle corde vocali ed afonia. La paralisi è unilaterale o bilaterale; in tutti i casi è di difficile interpretazione. Se è bilaterale, potreste invocare la debolezza della colonna d'aria ascendente, e credere quindi ad un'afonia funzionale, come diciamo in pratica. Quando la paralisi è unilaterale, allora dovete pensare ad altro. Il compianto Mandl, di cui mi onoro essere stato scolare, aveva fatto rilevare che la corda vocale del lato destro era più volentieri affetta da paralisi nella tisi, e trovava una giudiziosa spiegazione negli intimi rapporti che il ricorrente destro serba con l'apice destro. Le statistiche degli altri autori non hanno dato ragione a quest'opinione, e per la paralisi del lato sinistro possiamo ritenere che volentieri dipendono dall'ingorgo dei ganglii linfatici, i quali comprimono il ricorrente, e con tanta facilità si svolgono nella tisi.

Le ulcerazioni di carattere non tubercolare nella cavità laringea, sono la pura eccezione. Heinze dice: « è difficile che il laringoscopista possa distinguere le ulcerazioni di carattere tubercolare, da quelle che non lo sono ». Io dico che questo errore sarebbe possibile in un senso soltanto, cioè che si possa credere semplice una ulcera tubercolare, ma giammai dichiarare tubercolare una ulcera semplice, perchè la estensione della lesione è un fatto che da se solo basta ad evitare l'inganno. Per vero, le ulcerazioni catarrali nella tisi si spiegano precisamente nel modo stesso come quelle che hanno luogo nella comune laringite catarrale: presentano o il carattere follicolare, o quello della esfoliazione epiteliale. Solo che nel corso della tisi o tubercolosi polmonale, una ulcera catarrale può divenire tubercolare, quante volte svoltasi la tubercolosi generale, la lesione laringea può rappresentare il *locus minoris resistentiae*.

Dalla esposizione delle quali cose voi indovinate, o Signori, che la perfetta ricognizione delle svariate alterazioni è importante non solo per ciò che riguarda diagnosi laringea, ma per una generica che voi potete completare, grazie all'esame laringoscopico; come spero potervi meglio dimostrare la prossima volta.



## LEZIONE TERZA

### III.

#### Sintomatologia.

**Sommario.** — Sintomatologia. — *a)* La voce può esser integra, alterata o completamente estinta — Ragioni che spiegano questo triplice stato della fonazione. — La perdita della voce non è sempre in rapporto con la gravezza del processo. — *b)* Dispnea. Ragioni che la determinano — Neppure dal grado della laringostenosi si può argomentare il grado della lesione. — *c)* Disfagia ed odinfagia. Cause. — *d)* Tosse. Può tenere al processo polmonare ed al laringeo, la lesione laringea può aumentarne o diminuirne l'intensità. — Tosse eruttante dei Francesi. — *e)* Espettorato — *f)* Dolore — Spasmo — Loro cause. — Irradiazione del dolore all'orecchio e spiegazioni del fenomeno date dal Decle e dal Beverley Robinson. — Importanza dello esame laringoscopico in casi dubbii di tubercolosi polmonare — La tubercolosi laringea aggrava il pronostico.

SIGNORI,

Ci resta a parlare della **sintomatologia e della diagnosi** della tubercolosi laringea. Ora io intendo premettere una breve dichiarazione che vi prego far valere eziandio quando tratterò della sintomatologia e della diagnosi delle altre laringopatie, cioè che io non esporrò sistematicamente tutti i fenomeni funzionali coi quali si annunziano le malattie laringee. In tal caso tradirei il mio mandato; sarei obbligato ad una ripetizione inutile, e dimostrerei il contrario di ciò che ho sostenuto altra volta, cioè che noi dobbiamo sulla falsariga delle note anatomiche cercare l'interpretazione dei sintomi funzionali. Ripetere scolasticamente che questo o quell'altro processo si accompagna a disfagia, a tosse, a raucedine, ecc. significa cadere in inganno. Per esempio vi ho già detto che le forme tubercolari che si riscontrano nella laringe sono quattro; ebbene ciascuna di queste può portar sintomi che poi si controllano perfettamente in un'altra, mentre se partiamo dal reperto laringoscopico, potremo indovinare e spiegare bene le necessarie alterazioni funzionali. Movendo perciò dalle note anatomiche, non sarà difficile interpretare i fenomeni funzionali a seconda delle singole lesioni: comincio dall'analizzarle.

*a)* Alterazioni funzionali relative alla voce. — Nelle forme tubercolari è possibile che la voce sia integra, alterata o completamente estinta. Le



condizioni essenziali per la formazione della voce, riguardato il fenomeno esclusivamente nella scattola laringea, sono due: il perfetto ravvicinamento delle corde vocali e la perfetta libertà dei movimenti delle articolazioni crico-aritenoidee. Mi dilungo un pochino intorno a ciò, perchè quello che vado a svolgere a proposito della tubercolosi laringea, si potrà poi applicare a tutte le altre possibili alterazioni. Or bene, il movimento di abduzione e di adduzione delle corde vocali, è fatto dall'articolazione crico-aritenoidea, che appartiene al genere di quelle dette ad artrodia: due faccette articolari unite da un legamento capsulare, per cui sono possibili movimenti in ogni senso. Per l'articolazione crico-aritenoidea, noi sappiamo che la cricoide fornisce due faccette articolari, una per ciascun lato, dirette dall'alto in basso, da sopra in sotto, da dentro in fuori, e ciascuna aritenoide, nella sua base, fornisce una faccetta concava che risponde alla convessità della faccetta cricoidea, perpendicolare alla medesima e che vi sta a cavaliere. Essendo possibili i movimenti intorno ad un asse perpendicolare, l'apofisi interna o vocale dell'aritenoide, che è un prolungamento formato dall'unione della faccia interna ed anteriore dell'aritenoide, può subire due movimenti: uno di adduzione verso la linea mediana, un altro di abduzione in fuori, e in questo movimento di rotazione non solo la corda è portata in dentro od in fuori, ma l'aritenoide stessa s'inclina rispettivamente in avanti o in dietro. Questo ci spiega come nella deglutizione, abbassandosi l'opercolo laringeo, si può avere completa chiusura del vestibolo laringeo.

Voi non ignorate che speciali muscoli sono deputati a questa funzione, ma oltre alla contrazione muscolare che deve incaricarsi di una così importante funzione, è necessità che le articolazioni crico-aritenoidee siano libere. Ebbene che cosa vediamo nella tubercolosi laringea? Che frequente bersaglio di edema è appunto la regione aritenoidea. Ora, se per poco il turgore colpisce la regione meso-aritenoidea; se l'edema invade la faccia interna della cartilagine aritenoide, le corde vocali nei movimenti di adduzione non si possono ravvicinare; la potenza muscolare è integra, i tensori delle corde funzionano integralmente, ma la corda stessa trova un ostacolo materiale al suo ravvicinamento, il quale ostacolo si traduce nella perdita completa della voce, o nella disfonia. Non è necessario che ci sia assolutamente una ulcera perchè accada l'afonia; può bastare la sola pericondrite. Ma se l'infiltrazione rispetta quella sede, la voce può restare inalterata. Invece le altre due forme classiche della tubercolosi, cioè l'infiltramento delle corde vocali e il deposito di granuli miliari sulle stesse, possono turbare poco o niente la voce. Supponete che ci sia infiltramento di una delle corde vocali: per l'aumento di spessore della corda, il numero delle vibrazioni che questa deve dare in un determinato tempo sarà minore, quindi



l'altezza del suono sarà modificata, la voce bassa, greve, ma non estinta. Se l'infiltrato invece ulcera, se la corda vocale non è più regolare nel suo margine libero, anzi presenta delle sporgenze, allora la voce può essere completamente estinta, perchè nei tentativi di fonazione i legamenti vocali non possono venire a perfetto contatto e la colonna d'aria ascendente sfugge con minore attrito, onde l'individuo non riesce più a formare il suono glottico. I granuli miliari disseminati possono, ostacolando in parte la vibrazione delle corde, produrre un leggero grado di disfonia, una raucedine poco marcata.

Da queste poche cose, voi comprendete che la perdita della voce non è sempre in rapporto con la gravità del processo. Ci sono ulcerazioni estese che permettendo il ravvicinamento delle corde vocali non turbano la voce, e viceversa ci sono fatti molto circoscritti che ostacolando l'abduzione delle corde stesse, l'alterano profondamente. Voi dunque rischiereste di cadere in grave errore se vorreste credere alla gravità del processo misurandolo dall'afonia, ovvero pensare che il guasto non sia rilevante sol perchè la voce è poco o nulla turbata.

b) Altrettanto si può ripetere della dispnea, la quale può essere aggravata indipendentemente dalle lesioni pulmonari, da lesioni laringee. Codesta difficoltà di respiro dobbiamo studiarla nella espressione della laringo-stenosi e nell'alterata chiusura del glottide. Per le stesse ragioni che vi ho addotte a proposito della disfonia, ei può darsi che l'ingorgo dei tessuti peri-articolari ostacoli l'abduzione delle corde. Pur essendo integri i crico-aritenoidei postici, la corda vocale non può scostarsi dalla linea mediana nella fase inspiratoria, giacchè la rigidità dei tessuti peri-articolari al lato esterno della cartilagine aritenoide, impedisce i movimenti di abduzione.

La stenosi laringea può dipendere da altra cagione. Le ulcerazioni aritenoidee deformano i ligamenti ari-epiglottici, dando quell'aspetto che abbiamo detto piriforme; l'epiglottide, d'altronde, può essere invasa parimenti dal processo ulcerativo, e deformata ed aumentata di volume. In tal caso l'infiltrazione edematosa è generalizzata e da una parte questa, dall'altra la rigidità dei tessuti, si ha una somma di cagioni che congiurano pel medesimo effetto, la stenosi.

Questo s'intende facilmente: ma ci ha un'altra sorta di difficoltà di respiro che si annunzia durante, o dopo la fonazione. La fonazione in questi ammalati riesce faticosa, e dopo che essi hanno cercato di produrre dei suoni, affannano enormemente. Codesta forma dispnoica non è punto caratteristica della tubercolosi laringea; voi la riscontrate in tutte quelle condizioni morbose che non permettendo la chiusura del glottide, fan sì che l'aria espirata dal polmone passi attraverso una rima che ha ampie dimensioni. Perchè abbia luogo la produzione del suono, le



corde vocali si debbono avvicinare, ma questo ravvicinamento non è completo: se ciò fosse non si avrebbe suono, non essendovi spazio pel quale l'aria cacciata dai polmoni possa venir fuori. Per vero, nel cosiddetto spasmo glottico, se questo si prolunga, se è completo, cessa presto lo stridore caratteristico della troncata inspirazione. Supponete ora che le corde nei tentativi di fonazione non raggiungano quel dato limite a cui debbono arrivare perchè succeda la formazione del suono: tutto l'apparato motore, il portavento, il mantice, finirà per esaurire le sue forze e l'ammalato farà sforzi vani per emettere un suono: così li vedrete stanchi, sfiniti, affannosi questi ammalati, dopo aver cercato di pronunziare qualche parola.

c) Andiamo avanti — Studiamo un altro fenomeno funzionale che è in istretta relazione con la topografia dell'organo, cioè la disfagia. Uno dei fatti frequenti ad osservarsi nella tubercolosi laringea è la disfagia, che tiene a varii momenti che ho il dovere di esporvi. Ci è una disfagia che meglio si chiama *odinfagia*, la quale dipende dal passaggio degli alimenti o delle bevande sul sito dove esiste la lesione materiale. Quando vi ha ulcerazione sulle aritenoidi o sulla epiglottide, nel momento in cui il bolo alimentare od i liquidi s'immettono nell'imbuto faringeo, strisciano necessariamente su queste parti, quindi si provoca dolore che si traduce in azione riflessa sui costrittori della faringe. Questi infelici non solo a stento riescono a spingere nello stomaco briciole di alimenti, ma le rigettano talora violentemente al di fuori, appunto per queste contrazioni spastiche ed involontarie dei costrittori faringei. Altre volte la disfagia ha un carattere diverso: essa dipende dal fatto che l'epiglottide, i ligamenti ariepiglottici e le aritenoidi, che debbono intervenire per chiudere il vestibolo laringeo nell'atto della deglutizione, non possono compiere quest'ufficio, ed allora liquidi e solidi scappano nella laringe. Che se si congiunga anestesia di queste parti, molecole alimentari scendono nelle parti inferiori delle vie del respiro e sono causa di quella polmonite settica che i tedeschi chiamano *Schluckpneumonie*.

L'afonia, la dispnea, la disfagia, fenomeni che noi riscontriamo ora isolati, ora uniti fra loro nella tubercolosi laringea, oltre che a grado vario, possono presentarsi in guisa che di loro, un solo domini la scena o prevalga sugli altri.

d) Oltre a questi disturbi, convien ricordare quelli che sono il risultato dei dissesti funzionali che avvengono nella sfera della sensibilità: voglio dire della tosse, dell'espettorato, del dolore e dello spasmo. Sono — l'ho detto — gli esponenti di dissesti della sensibilità laringea, considerata sia come sensibilità comune, sia come riflessa. Ci è tosse nella tubercolosi laringea? Non credete il quesito di facile soluzione. Noi sappiamo che la tubercolosi laringea è frequente compagna della tuberco-



losi polmonare ; quindi non possiamo negare che la presenza del fatto polmonare fornisca alla tosse un contingente rilevante. Ma convien domandarci: data una tubercolosi polmonare ed una complicanza laringea dello stesso carattere, la tosse aumenterà o diminuirà? Vi sono circostanze in cui l'alterazione laringea aggrava la tosse, ve ne sono altre in cui la modera. Questa proposizione non deve sembrare arrischiata. La tosse è un fenomeno riflesso, di cui il punto eccito-motore può avere sede differentissima. Sappiamo che vi è una tosse per malattie polmonari e bronchiali, per malattie laringee, per compressione di rami nervosi che vanno alla laringe, ed in certe donne isteriche od in bambini si ha una tosse riflessa da punti lontani, l'utero o l'intestino (verminazione). Anche senza essere larghi nell'ammettere questo possibile, non possiamo negare che la tosse è realmente un fenomeno riflesso dipendente da stimoli che possono aver sede in punti svariati. Nella laringe la sensibilità è oltremodo squisita, e certi processi morbosi che si traducono in stimoli locali debbono aggravare la tosse, se già esisteva, provocata da altre cause. Certe forme iperemiche, certe infiltrazioni, certe irritazioni locali suscitano volentieri una tosse frequente, ostinata, molesta. Ma quando si tratta di un processo necrotico che procede avanti e che finisce per annullare le periferie nervose sensitive terminali, alla tosse ribelle può bene seguire una tregua, la quale talora fa strano contrasto con le lesioni laringee o con quelle polmonari. La tosse nella tisi laringea ha d'altronde un doppio punto d'origine: può dipendere dallo stimolo che l'aria inspirata produce sulla mucosa, sempre che questa sia sede di processi irritativi e perciò più suscettibile, od essere effetto necessario della presenza dei secreti che si formano e stagnano in sito. E poiché certe volte la tosse piglia il carattere della voce, potendo esser rauca od afona come quella, voi vi rendete conto di quello speciale carattere che i francesi hanno designato nella tisi col nome di *tosse eruttante*, cioè di quella tosse che si accompagna alla sfuggita della colonna d'aria espirata attraverso una glottide che non è più convenientemente contratta. Dunque la tosse nella tisi laringea è un esponente veridico della malattia, ma certe volte può non esserlo, come non lo è l'afonia, la disfagia, la dispnea, o almeno non è espressione fedele del grado, della estensione e della natura della lesione.

e) Espettorato.—S'intende benissimo che facciamo astrazione dall'espettorato che proviene dalle vie inferiori del respiro. Quando vi ha processo ulcerante, quando vi ha catarro desquamativo, si può stabilire una secrezione purulenta o muco-purulenta in relazione della superficie ammalata; ma non è difficile che a questo essudato si congiungano piccoli punti emorragici o strie sanguigne. Su questo fatto mi fermo alquanto per ragionare sull'opinione che porto intorno agli sputi sanguigni, pei quali



sarete consultati spesso nella pratica. Le forme emorragiche gravi, che da taluni si credono dipendere da lesioni laringee, sono vere? Sono rarissime, e Signori, e certe volte è per una bugia pietosa che fissiamo il punto di partenza dell'emorragia nella laringe. Mancherebbe il sostrato per renderci conto di una emorragia positiva. Nella scienza non è registrato che un sol caso di emorragia letale proveniente dalla laringe, ma questa avea punto di partenza dal seno piriforme e dipendeva da necrosi per presenza di corpo estraneo. L'espettorato sanguigno adunque nella tisi laringea non si vede che scarsamente.

f) Dolore. Spasmo. — Noi avremo agio di studiare il fenomeno spasmo come compagno fedele di tutte quelle condizioni che restringono il lume della laringe; e però lo spasmo è come la tosse, anch'esso un effetto dell'azione riflessa dalle periferie sensitive sui gruppi muscolari. Ora poichè le gravi alterazioni della tubercolosi laringea tendono ad attutire la sensibilità della mucosa, è raro che succeda laringo-spasmo; ma alle volte questo ci spiega nelle laringostenosi quelli aggravamenti che mettono l'infermo in pericolo di vita. Altre volte avrete ad osservare infermi nei quali vi ha un vivace dolore limitato in un punto della laringe od irradiato in regione lontana: il dolore persiste fin tanto che l'ulcerazione è superficiale; quando invece si approfonda, quando distrugge il piccolo nervicciuolo che doveva trasmettere la sensazione, cessa del tutto. Per vero, io ho potuto prevedere qualche volta nella mia pratica che la miglior cura del dolore intenso era il processo stesso della malattia. L'irradiazione più costante del dolore è nell'orecchio e talora s'accentua nell'atto della deglutizione. Ha ricevuto due diverse spiegazioni, dal Decle e dal Beverley Robinson. L'opinione del Decle è un po' fatua, giacchè ammette che una complicità della tubercolosi laringea sia la faringite granulosa e poichè intorno all'orificio delle tube Eustachiane vi è un'agglomerazione di numerose glandole follicolari, egli spiegherebbe, per l'infiammazione di queste glandole ed una possibile propagazione alle tube medesime, il dolore. Questa teoria si può smontare in poche parole e ciò fa l'osservazione pura e semplice. Certe volte esiste il dolore, e mancano le note della faringite. In vero, è più logico pensare col Beverley Robinson che i rami auricolari provenienti dal ganglio superiore del pneumogastro possano spiegare il fenomeno. Voi sapete che Arnold ha descritto due sottili filamenti che vanno al condotto auditivo e Sappey ne ha accompagnato un terzo fino alla membrana del timpano. Se interrogate gl'infermi, anche quando il dolore non è tanto spiccato che essi ve lo denunziino, vedrete che con una costanza abbastanza frequente lo si riscontra nella tubercolosi laringea.

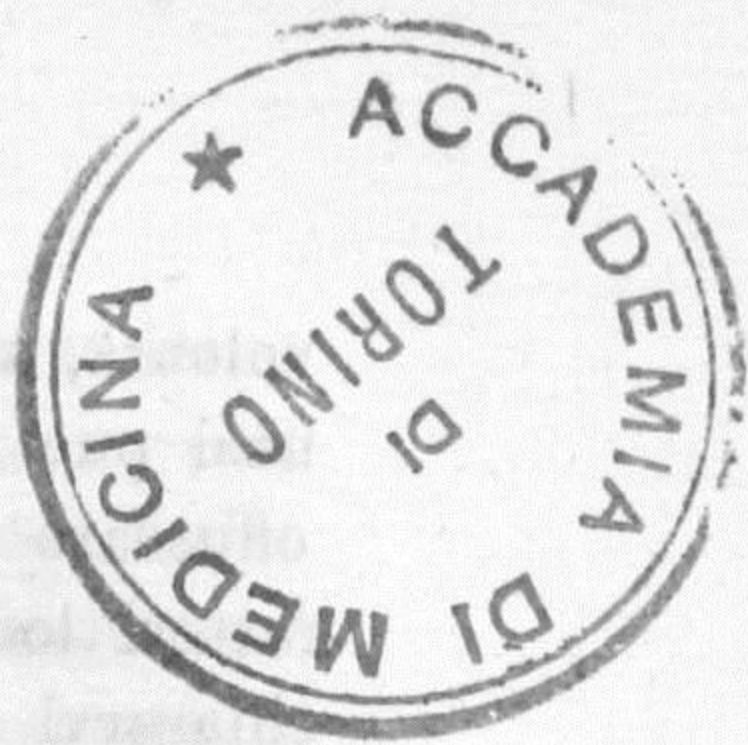
Prima di ritornare sulle note anatomiche e sui caratteri differenziali,



è necessario che si faccia una sintesi circa i rapporti tra la tubercolosi laringea e la polmonare.

La tubercolosi laringea è un fenomeno frequente, ma non necessario della polmonare. Abbiamo stabilito cifre approssimative dalle quali risulta che sopra 100 individui, affetti da tisi o tubercolosi polmonare, ne ammalano 30 e forse più; vuol dire che la complicità laringea è frequente ma non costante, e che ci sono dei tisici i quali scendono nella tomba portando una laringe sana. Ma vi sono, viceversa, casi nei quali le lesioni laringee o sono primarie, o sono in disaccordo con le polmonari, tanto da doverci far credere che si siano svolte primitivamente. Infine talvolta ci ha sproporzione tra le lesioni laringee e le polmonari nel senso che, mentre quelle del polmone sono scarse, le laringee sono avanzatissime, e viceversa. Ora voi comprendete che nelle circostanze in cui l'esame plessimetrico del petto è nullo o poco concludente, importa fare una diagnosi precisa della tubercolosi laringea per completare quella generica. Un individuo tisico può avere una complicità di carattere non tubercolare: si può avere il catarro semplice, l'anemia della mucosa, l'ulcera catarrale, il catarro desquamativo, la paralisi, ecc., lesioni che abbiamo studiato, pur scartandole dal quadro della vera tubercolosi. Questa diagnosi esatta, inappuntabile, importa un giudizio pronostico egualmente inappuntabile, perchè se noi dobbiamo in alcune circostanze smettere ogni illusione, in altre possiamo bene aprire l'animo alla speranza. Riconosciuta la tubercolosi laringea non potremo che aggravare il pronostico, ma se saremo teneri della teoria dualistica e vorremo continuare a distinguere una tisi polmonare infiammatoria da una tisi tubercolare, ammessa la tubercolosi come malattia generale, ogni speranza andrà fallita. È indispensabile fare una esatta diagnosi locale, cioè non confondere l'ulcera, la pericondrite, l'infiltrato, il deposito di granuli miliari con altri processi. Ebbene, mi fermerò su questa diagnosi differenziale nella prossima lezione.





## LEZIONE QUARTA

### IV.

#### Diagnosi, Decorso, Esiti, Pronostico.

Sommario — Come si differenzii l'ulcera tubercolare dalla sifilitica e da quella per lupus. — Come si differenzii la pericondrite tubercolare dall'edema, dall'infiltramento gommoso delle aritenoidi. — Criterii di differenziazione dell'infiltramento tubercolare da quello gommoso delle corde e dalla cordite tuberosa. Come si distingua il deposito dei granuli miliari tubercolari da una ipertrofia delle glandole. Nei casi dubbii si può utilizzare l'esame microscopico (Fränkel). — I caratteri generali sono di poca o niuna importanza. — Decorso delle forme tubercolari. — Esiti: morte, perennamento, recidiva, guarigione. Cause della morte. — Come si debba intendere la guarigione dell'ulcera tubercolare; valore di essa in loco e nell'organismo. Importanza dell'esame laringoscopico in quanto a prognosi.

SIGNORI,

Se io volessi schierarvi innanzi un esame differenziale delle ulcerazioni laringee dipendenti da altri processi che non sono la tubercolosi, dovrei andar molto per le lunghe. Dovrei dirvi che vi sono neoplasmi estesi lungo la trachea, i quali non presentano all'osservazione se non la sola superficie superiore, quella su cui cade l'ulcerazione e lo sguardo. Vi dovrei dire come e perchè l'ulcerazione catarrale si distingua; quali siano le forme dell'ulcera da lupus, cose che voi già conoscete od avrete agio d'imparare quanto prima. Richiamerò invece la vostra attenzione sui fatti più salienti e più utili in clinica, e stabilirò il parallelo soprattutto tra l'ulcera tubercolare e l'ulcera sifilitica.

Tentare la diagnosi coi caratteri generali e con l'esame stetoscopico che da una parte attestino la lesione polmonare e dall'altra confermino la sifilide nell'individuo, significherebbe non giungere mai al vero. Quando l'esame del petto è poco concludente o muto, s'inclina, anche contro



volontà, ad ammettere la sifilide, e pomposamente si ripete che l'anamnesi può essere ingannatrice, il tempo lungo e capace di cancellare od offuscare i vecchi ricordi. Convien dunque domandare: possiamo dai caratteri locali distinguere l'ulcera sifilitica dalla tubercolare? Debbo dichiararvi che si tratta di una diagnosi approssimativa, ed io ingannerei la fede che avete in me se ripetessi che possiamo completarla dal solo quadro obbiettivo: è un errore che ho commesso io, e con me molti altri assai più valenti, salvo che il tempo ed il criterio curativo vengono a toglierci d'imbarazzo. Il tempo, perchè le lesioni toraciche che ci sfuggirono non tardano ad appalesarsi; il criterio terapeutico, giacchè sapete quanto può il mercurio sulle lesioni sifilitiche, e quanto nocchia nelle tubercolari.

Ma a parte questo, ci sono criterii, studiando i quali possiamo trarci d'inganno: sono pochi e ve li enumero. Nelle lesioni tubercolari le ulcerazioni sono per lo più multiple, piccole, confluenti; nell'infiltrato gommoso l'ulcera è più spesso unilaterale. Nell'infiltrato gommoso ci è colorito rosso, vivace delle parti; nella tubercolosi il colorito è pallido. Nella sifilide il turgore è ineguale; nella tubercolosi è uniforme: in questa, la sede di predilezione è la mucosa inter-aritenoidea o le aritenoidi, la faccia laringea dell'epiglottide; in quella la faccia linguale, i ligamenti ari-epiglottici e le corde vocali. L'ulcera da sifilide quando colpisce le corde è unilaterale, ciò che non è dell'ulcera tubercolare. Nella tubercolosi, il corso è lento; rapido invece nella sifilide, e le devastazioni e le cicatrici consecutive deformanti sono presso che caratteristiche di quest'ultima. Or poichè certe fiata i caratteri dell'una si assomigliano a quelli dell'altra, io richiamo principalmente la vostra attenzione su due: il pallore e la piccolezza e superficialità dell'ulcerazione: non però che essi abbiano un valore decisivo, ma semplicemente approssimativo.

In ultimo mi domanderò: vi sono differenze cospicue tra una ulcerazione da tubercolosi ed una da lupus? Evidentemente sì. A prescindere da ciò che il lupus primitivo del laringe è grandemente raro, e se inficia quest'organo lo fa dopo aver attaccato alcune parti del viso, sono a notare parecchi criterii. Le ulcere lupose hanno i margini duri, elevati, fondo stretto e sinuoso; quelle da tubercolosi sono piccole, irregolari con fondo sporco e grigiastro; quelle si svolgono su d'una mucosa che conserva tutti i caratteri normali; queste su di una mucosa pallida, anemica, biancastra; e riguardo alla cicatrice, le prime la danno irregolare, sollevata in alcuni punti, depressa in altri, dove bianca, dove rossa; mentre le ultime la danno uniforme, sempre pallida, potendo talvolta su di essa germogliare vegetazioni ed escrescenze di vario volume.

Occupiamoci ora della diagnosi differenziale dalla pericondrite.



La pericondrite tubercolare si annunzia con una sede di predilezione: le aritenoidi, per cui vediamo quella regione tumefatta e pallida. Questo carattere del pallore è costante nella tubercolosi laringea. Quali sono i processi che potrebbero confondere la pericondrite? Innanzi tutto l'edema. Supponiamo una ulcerazione da sifilide posta in un punto lontano; io ricordo che qualche tempo prima di cominciare queste lezioni, si è presentata al nostro ambulatorio una donna in cui vi era edema della regione aritenoidea ed inter-aritenoidea; ma l'insieme dei fatti e l'aspetto locale ci facevano scostare dal pensare alla tubercolosi; le corde vocali non si adducevano e da ciò una grave laringo-stenosi. Sospettammo la sifilide: all'autopsia, perchè quella donna malauguratamente morì, si trovò di fatti una ulcerazione di carattere sifilitico al di sotto della corda vocale del lato sinistro. Vi cito l'esempio unicamente per dimostrarvi che le ulcerazioni le quali riseggono in punti lontani dalla mucosa aritenoidea, come il caso di cui vi ho parlato e nel quale l'ulcerazione era nello spazio sotto-glottico mentre l'edema era molto più in alto, possono portare come lungo corteo l'edema collaterale, propagato per gli spazi connettivali sotto-mucosi in regioni lontane. Nella pericondrite tubercolare la tumefazione si vede partire dagli strati profondi: vuol dire che, guardando bene la parte ed essendo abituati alla esplorazione laringoscopica, voi potete distinguere ciò che è infiltrazione neoplastica, come nella pericondrite tubercolare, da quello che è infiltrazione sierosa, come in tutti quei processi che portano con loro infiammazione ed edema collaterale. Frequenta pure il dispensario un individuo affetto da sifilide, nel quale le due aritenoidi sono gonfie; in cui abbiamo diagnosticato gomme e non pericondrite tubercolare; ciò vuol dire che anche l'infiltrazione gommosa dell'aritenoidi, che non ulcera, può mentire la pericondrite tubercolare. Vi fo riflettere che in questi casi voi potete nettamente riconoscere le due cartilagini aritenoidee sebbene deformate nel loro volume, mai cancellate come nella pericondrite, onde, per la tumefazione, la mucosa distesa e gonfia equipara le ineguaglianze che lungo i ligamenti ari-epiglottici formano le due cartilagini del Wrisberg.

Terza forma: infiltramento tubercolare delle corde. — Ho detto che, certe volte il processo tubercolare comincia dai ligamenti vocali, e si annunzia sotto forma d'infiltrato; ho descritto le corde vocali ipertrofiate, rosse, ineguali, scabre alla loro superficie, ed ho ripetuto che la infiltrazione può restar tale per qualche tempo, e poi cominciare il processo ulceroso, lento, parziale, poco profondo.

Ci sono due condizioni morbose che possono mentire l'infiltrato tubercolare, e queste sono: l'infiltramento gommoso per sifilide, e quella forma di *cordite* che si chiama *tuberosa*. Nell'infiltramento gommoso delle



corde vocali, che costituisce una forma a sè ed io l'ho illustrato, la superficie colpita è a preferenza l'inferiore, mentre nella tubercolosi è la superiore; vuol dire che nell'infiltramento gommoso delle corde vocali, potete riconoscere le corde integre; ma esse sembrano inquadrate sopra un cercine fatto dalla sporgenza della mucosa che riveste la loro faccia inferiore. S'intende bene che nel discorrervi di questi caratteri, intendo alludere a quelli locali: la diagnosi sarà sempre completata dai fenomeni generali. Vi ricordo dunque la diversità delle superficie colpite nella sifilide e nella tubercolosi, e l'unilateralità del fenomeno che persiste nella sifilide e manca nella tubercolosi laringea. Rimando a qualche momento la diagnosi differenziale dalla cordite tuberosa.

Deposito di granuli miliari.—È raro, ma possibile che i tubercoli si depositino sotto forma di granuli miliari al di sopra delle corde vocali, e costituiscano sporgenze rotonde, piccole, miliari, levigate, coperte da un epitelio pressochè integro e circondate da vasellini varicosi che si accentrano verso la sporgenza miliare. Questa condizione potrebb'essere confusa da una iperplasia delle glandole; ma i fatti infiammatori che colpiscono questi follicoli si accompagnano ad aumento di volume del follicolo stesso e del tessuto connettivo intorno: difficilmente avete un nodulo spiccatamente rotondo ed una rilevatezza scabra; il colorito è cangiato in rosso fosco; tranne che per lungo andare questo colorito rosso non ceda il posto ad uno pallido, costituendo così quelli che noi chiamiamo noduli bianchi (cronici) e che si distinguono dai rossi, i quali conservano un carattere più infiammatorio che iperplastico.

A questo proposito io riannodo la diagnosi differenziale dalla cordite tuberosa (v. avanti). Quando questi follicoli si moltiplicano e si congiungono, tutta la superficie delle corde mentisce l'infiltrato tubercolare, in quanto che si fa scabra, è ineguale, e vi sono delle sporgenze rosse che concorrono a formare piccole anfrattuosità, dove si depositano gli scarsi essudati.

L'aspetto locale in questi casi non è decisivo; voi dovete aiutarvi coi criterii di decorso e col ripetere le osservazioni; giacchè se la cordite tuberosa resta stazionaria per lungo tempo, l'infiltrato delle corde vocali subisce delle modificazioni, e specialmente la forma ulcerosa che deforma il margine delle corde, come ne abbiamo un esempio spiccato nell'individuo che frequenta il nostro dispensario. Che se tutti questi caratteri vengano meno, e si tratti di una forma segregante, voi potete utilizzare l'esame microscopico.

Il Fränkel ha ultimamente dimostrato nell'Accademia di Medicina di Berlino, che, esaminando al microscopio l'escreato che parte dalla laringe, ha trovato con una costanza di *tredici* volte sopra *quindici* la presenza dei bacilli della tubercolosi. In tal caso dovete esser certi che la sostanza che sottoponete al microscopio non provvenga dai polmoni; ond'è



che dovete con un pennello raccogliere l'essudato che si forma sulla parte. Noi pregheremo qualche egregio collega di quest'ospedale perchè rifaccia gli esperimenti e ci accerti se veramente il bacillo della tubercolosi, anche nella forma laringea, si rinviene negli escreti, ciò che sarebbe utile in certe diagnosi dubbie; dubbii che noi non possiamo eliminare, dubbii che io v'invito a conservare, a differenza di qualche dotto laringoscopista che ha sostenuto che i soli caratteri obiettivi si possono ritenere significativi della tubercolosi laringea, opinione che resta combattuta, dopo quello che vi ho detto, relativamente a questo soggetto, della sintomatologia e della diagnosi.

Signori. Ho intrapreso lo studio clinico con lo scopo principale di fermar bene nella vostra memoria i punti più salienti. Per non distrarre la vostra attenzione, ho voluto andare avanti sino alla diagnosi differenziale.

Vi esporrò ora i **caratteri generali**, i quali sono, del resto, nella tubercolosi laringea, di poca o niuna importanza; perchè una delle due: o vi è un'affezione grave, inoltrata, evidente del pulmone, ed allora comprendete che la febbre, i sudori notturni, la cachessia si debbono mettere a conto di quest'affezione; o questa non è ancora svolta, ed allora i guasti della tisi laringea non sono capaci di provocare gravi dissemi funzionali, almeno in principio. Dico in principio, perchè nell'ulteriore decorso, se vi ha laringostenosi, se vi ha disfagia, pur essendo primaria l'alterazione laringea, si hanno molti elementi perchè succeda marasma, cachessia, indipendentemente dal processo esauriente della tisi, per l'alterata funzionalità della nutrizione e della respirazione. Cosicchè o questi caratteri generali si perdono nell'insieme dei fatti dovuti alla tubercolosi pulmonare, o mancano; noi ricordiamo esempi d'individui con tisi laringea, nei quali avremmo potuto fare a fidanza coi caratteri generali, tanto eran questi sfumati, e bene avrebbe potuto sfuggirci la tubercolosi laringea. Poichè vi ho fatto riflettere che certe volte le gravi alterazioni locali della tubercolosi decorrono in assenza di sintomi funzionali riferibili alla laringe stessa, perchè vi sono ulcerazioni vaste che non turbano la voce, perchè vi sono infiltramenti tubercolari che non producono disfagia, voi comprendete subito quanto sia utile ripetere l'esame laringoscopico in tutti gl'infermi affetti da tisi pulmonare: in un bel giorno, senza sospettarlo, potreste vedere svolgersi sotto i vostri occhi un'alterazione riferibile ad una delle quattro forme che vi ho analizzate. Le quali hanno tutte un **decorso** cronico, lento, monotono, in cui avrete spesso a notare impegliamenti ed esacerbazioni; e voi comprendete che la scena fenomenologica che depone per un aggravamento è principalmente dovuta ad una infiltrazione sierosa, la quale nei punti dove la mucosa è lasca, può avere gravi conseguenze e



stabilirsi rapidamente. Per esempio, un infermo affetto da ulcerazione inter-aritenoidea è poco rauco; per essersi esposto a cagioni reumatizzanti, per avere abusato di liquori, egli diventa dispnoico; all'esame laringoscopico trovate notevole infiltrazione nei punti ove la mucosa è più lasca. Questo fatto può retrocedere o per influenza della cura, od anche senza; e siccome cessando l'azione morbigena quei prodotti dell'infiltrazione sono lentamente assorbiti, l'infermo, che minacciava di perdersi, ritorna nelle sue condizioni normali, tranne che non resti un leggero aumento dell'infiltrazione medesima, più facile pretesto ad altre esacerbazioni. Questi dettagli debbono essere ricordati in pratica, perchè servono molto alla profilassi. Se abbiamo dimostrato che vi sono alterazioni dovute alla presenza del tubercolo nella laringe, non possiamo negare che tutti gli stimoli, di qualunque natura essi siano, possono determinare aumento dei fenomeni, ed una irritazione di carattere infiammatorio che si annunzia coll'edema, rappresentando quello che in tesi generica si diceva un giorno: *edema laringeo*.

Gli esiti della tubercolosi laringea sono: la morte, il perennamento, la recidiva, la guarigione. *a) Morte* — Non solo perchè il processo tubercolare si avvanza ed esaurisce le forze dell'infermo, ma perchè la laringostenosi e la disfagia aggravano sempre più queste condizioni. Oltre di che, io vi dissi che nel caso di pericondrite era possibile una rapida formazione di pus, un ascesso voluminoso, in mezzo al quale nuota certe volte la cartilagine distaccata dai suoi ligamenti; or se l'ascesso si vuota, la cartilagine necrosata può determinare un accesso mortale di soffocazione. Questo fatto è necessario a sapersi per renderci conto della morte istantanea che può succedere in taluni casi. *Morte per disfagia*, e specialmente nelle donne incinte che debbono provvedere alla nutrizione di un altro essere che portano nel loro seno: disfagia che è tanto più pericolosa, in quanto che priva due organismi di un elemento necessario. *b) Stazionarietà*—Presentemente voi vedete varii infermi al dispensario, che da lunga pezza si battono tra queste oscillazioni, e tirano avanti la loro vita, che forse sarà spenta per progressi della tubercolosi polmonare. *c) Recidiva*—Vi sono infermi, che dopo essere rimasti stazionarii con la loro localizzazione laringea per un certo tempo, ritornano da capo; e questo è un fatto la cui possibilità basterà semplicemente accennare. *d) Mi fermo invece sulla guarigione* — e mi limito a dirvi i fatti, mi limito a dirvi cioè che vi sono ulcerazioni tubercolari che guariscono, e una delle conseguenze della cicatrizzazione è la formazione di vegetazioni connettivali, le quali si osservano specialmente nella regione inter-aritenoidea. Non mi escirà mai dalla memoria un caso classico che ho visto a Berlino in persona di una donna diretta al Professor Waldenburg per essere operata di polipo



laringeo nella regione inter-aritenoidea. All'esame laringoscopico si vedeva una vegetazione sporgente per qualche centimetro, sotto forma di produzione connettivale a base larga, e che si continuava con la mucosa di cui conservava il colorito pallido. Fu facile riconoscere l'inganno e ritenere che trattavasi di una vegetazione polipiforme, non operabile, *caput mortuum* di una ulcera tubercolare guarita.

La quistione della possibile guarigione delle ulcere tubercolari ci mena a dire qualche cosa del **pronostico**, ed a presentarvi il problema grave ed interessante, quale fu discusso in molti congressi di laringologia, specialmente a Milano ed a Londra. Vi confesso che avendo sulla tubercolosi laringea certe convinzioni personali, a me sembrò cadere dalle nuvole quando vidi uomini dotti sorgere per sostenere la possibilità della guarigione dell'ulcera tubercolare. Non voglio ripetervi qui tutte le discussioni che hanno avuto luogo; vi riferirò le mie impressioni, e poi credo che andremo perfettamente d'accordo sulle interpretazioni. Guariscono o no queste ulcerazioni tubercolari? Quelle guarigioni che si attribuiscono all'ulcera tubercolare non sono dovute piuttosto alla ulcerazione catarrale? Noi dobbiamo, o Signori, aggiustar fede all'autorità di uomini non sospetti, i quali assicurano che l'ulcera tubercolare sia guaribile, ed io stesso l'ho toccato con mano. Il nodo della quistione sta nello stabilire il significato di questa guarigione, quale importanza pronostica abbia una ulcera laringea guarita. E qui ci ha discrepanza di pareri. L'ulcera laringea guarisce, ma non è per questo guarito l'ammalato. Se dobbiamo ritenere il tubercolo come espressione di uno stato generale, sia dovuto ad un germe infettivo che lo provoca, sia a riassorbimento di prodotti organici dallo stesso organismo, come sostenne il Waldenburg, noi abbiamo un elemento di più per dire che la malattia sia inguaribile. È vero che il paragone non potrebbe reggere nel rigore del senso; ma che cosa vediamo nella guarigione dell'infiltramento gommoso? Significa ciò guarigione della siflide? Niente affatto. Nella tubercolosi dovete aspettarvene non solo la riproduzione in altre regioni e in altri tessuti, ma la recidiva nello stesso organo. Parecchi di quelli infermi che si sarebbero detti guariti ritornano a popolare i nostri dispensari, in preda a processi che si devono ritenere effetti della medesima causa. Gli autori, d'altronde, vi dicono che sono stati testimoni semplicemente d'immegliamenti delle condizioni pulmonari; nessuno sin'ora ha presentato infermi di tubercolosi pulmonare radicalmente guariti. Dunque noi non possiamo negare anatomicamente la possibilità che l'ulcera laringea ripari; ma non dobbiamo dare a questo fatto un valore assoluto, nel senso che cicatrizzata l'ulcera laringea l'infermo si possa dir guarito della tubercolosi. Non posso ripetervi altrettanto per le altre forme le quali subiscono recrudescenze, stazionarietà, ma non faranno mai vedere com-



pleta scomparsa della lesione; intendo alludere alla pericondrite, all'infiltramento delle corde, ed alla presenza dei granuli miliari sulle corde medesime. Tanto, per significare che relativamente a pronostico dell'ulcera tubercolare della laringe, quando è limitata, voi non dovete essere assolutamente severi, cioè voi non potrete presagire all'individuo che ne è affetto che sarà quella la lesione per cui egli scenderà nella tomba. Anzi noi vedremo quali sono i compensi terapeutici che oggi la scienza ci fornisce; non dovete però dimenticare che la presenza del fatto laringeo aggrava il pronostico che sareste per emettere sulle lesioni polmonari, perchè la diagnosi laringoscopica rafferma il vostro giudizio, cioè che si tratta di vera tubercolosi; e quale è il pronostico della tubercolosi generalizzata, è inutile che io lo ripeta a voi.

Parlerò della cura, e completerò questo capitolo della tubercolosi laringea, nella prossima volta.



## LEZIONE QUINTA

### V.

#### Cura.

**Sommario.** — La tubercolosi laringea non si guarisce, si cura. Il trattamento è distinto in generale e locale. Cura climatica. — Importanza della cura topica e quando la si debba praticare. — Cura dei sintomi. — a) Disfagia. Sonda esofagea — Alimentazione forzata — Enterocisma Cantani. — Cauterizzazione con la pietra infernale. — Medicatura alla tintura di jodo o con astringenti e calmanti: morfina e balsamici — Balsamo del Perù. — Scarificazioni alla Schmidt. — Medicatura disinfettante. — Metodo di cura nostro all'iodoformio. — Tracheotomia, quand'anche non ci sia laringo-stenosi, alla Beverley Robinson. — b) Dispnea. Tracheotomia. — Quando la si debba tentare.

SIGNORI,

Occupiamoci della cura della tubercolosi laringea, ed innanzi tutto vediamo se valga veramente la pena di parlarne a proposito di un processo così grave e che noi sappiamo incurabile. Io non mi stancherò dal ripetervi che quando sarete lanciati nello esercizio della pratica, sarà bene lasciare alla scuola quello scetticismo che nasce in noi dalle nozioni troppo precise del processo anatomo-patologico: di fronte all'ammalato che reclama un compenso alle sue sofferenze, è doveroso intervenire con tutti quei precetti che la scienza ci suggerisce. Lontana da noi la pretensione di volerla fare da ciarlatani e dire che guariamo la tubercolosi laringea: noi non sappiamo e non possiamo che curarla.

Questa cura va distinta in generale e locale. La generale è quella della tubercolosi in genere, specialmente della pulmonare; ed è alla sua volta distinta in farmaceutica ed igienica. Or poichè vi sono particolari condizioni le quali modificano tanto la prima che la seconda, converrà che io ve ne tenga brevemente parola. Per esempio, voi sapete di quanta importanza sia la cura climatologica, e forse avrete nozione di un libro classico, di recente comparso, sulla curabilità della tisi pulmonare, del quale è autore lo Jaccoud. Questo grande clinico ha tradotta in una nozione scientifica positiva il vago empirismo che conser-



vavamo sulla cura climatologica pei tisi, ed ha dimostrato, con le esperienze e coi fatti, avendo moltissimo viaggiato ed essendosi di proposito occupato di così grave questione, che, più che al grado di temperatura, gli è al grado di pressione barometrica che bisogna fare attenzione.

Egli classifica in varii gruppi gl'infermi di tisi e stabilisce particolari indicazioni che vi consiglio di studiare in questo dotto libro. Qui, per quel che riguarda il caso nostro, io devo aggiungere che il clima delle alture, indicatissimo in quelle forme in cui la tisi non s'avvanza verso la fase consuntiva, e nelle quali la febbre non vi è, od è mitissima, questo clima delle alture, dico, è controindicato nella tubercolosi laringea, giacchè l'azione troppo stimolante di un'aria ricca di ozono deve sicuramente influenzare in male sopra una laringite in atto. Cito quest'esempio per significare che, se avete indicazioni positive per mandare un infermo di tisi a Davos, o altrove nella Svizzera od in Silesia, la sola complicanza laringea forma già un serio ostacolo a questa indicazione. Oltre a ciò, è necessario che questi infermi restino sotto la sorveglianza del medico, non solo perchè sappiamo che particolari condizioni possono aggravare la malattia e metterli in diretto pericolo di vita, ma anche perchè certe lesioni possono svilupparsi alla chetichella, e voi avete il dovere di osservare ed a varii intervalli la laringe. Se questo è vero per la cura climatologica, noi non possiamo dimenticare certi precetti igienici di gran momento, relativi all'alimentazione e ad una appropriata cura interna. Io non vi dirò cose già vecchie, cioè che è un grave errore quello di fermarsi alla rutina che prescrive olio di merluzzo, arsenico, creosoto, china e tanti altri rimedii che rispondono ad indicazioni diverse; vi fo riflettere che certe volte la grave disfagia è il più serio ostacolo all'amministrazione di questi medesimi farmaci, che forse sarebbero ben sopportati dall'intestino e scongiurerebbero un grave pericolo. Questa sola osservazione prova che la localizzazione laringea deve modificare l'indirizzo di questi due elementi capitali, la cura igienica e la farmaceutica.

Limitiamo però il nostro compito e studiamo semplicemente la cura locale e climatologica proporzionate all'infermo che ha segni evidenti di tubercolosi laringea. Ho detto che noi non pretendiamo aspirare ad un'indicazione radicale: certo noi dobbiamo fare la cura sintomatica, ed è doveroso questo, quando l'infermo vivrebbe forse un altro anno, se potesse ben deglutire, se potesse respirare. È una indicazione che noi non andiamo a cercare, ma che ci presenta l'infermo, quando egli ancora vigoroso, non febbricitante, con uno stomaco forte potrebbe durare ancora in vita, mentre rischia di morire perchè non può ingerire il cibo necessario, o soffoca per un grave edema. Qui non vale il dire che noi dobbiamo proporci la cura etiologica della tubercolosi; dobbiamo bensì alleviare le sofferenze del paziente, e questo è possibile, come vi andrò



esponendo, ed è sacro obbligo, come facilmente intendete. Però da quanto ho già detto, voi comprendete che la cura locale dev'esser proporzionata ai sintomi che presenta la malattia, ed alla natura della lesione che cade sotto la nostra osservazione. Io vi ho fatto rilevare che ci sono alterazioni laringee le quali non sono in rapporto con la tubercolosi, ma ne sono una complicità. Or bene, se si presenta un infermo afono, e voi constatate che l'afonia dipende da paralisi delle corde vocali, sarebbe superfluo, per non dir ridicolo, accingervi a tentare la contrattilità dei muscoli indeboliti con la corrente elettrica, mentre si ha un compito più grave del quale conviene occuparsi. Supponiamo invece che abbiate constatata la presenza di piccoli granuli miliari sulle corde vocali, i quali turbano poco o niente la voce: sarebbe ridicolo parimenti, o superfluo, provare una medicazione locale onde combattere un prodotto che non retrocederà, e che del resto non aggrava molto lo stato dell'infermo, non ostacolandone nè la respirazione, nè la deglutizione. Supponete ancora che ci sia un catarro di natura non tubercolare, il quale aumenta la tosse, e che questa tosse molesti l'infermo, e lo spinga ad una insonnia tormentosissima: voi convenite che l'intervenire per modificare questo catarro sarà una indicazione salutare e razionale. L'edema della regione aritenoidea per pericondrite può produrre una leggera disfonia: varrà la pena di tentare una cura? No; ma se l'edema è più pronunziato sulla faccia posteriore delle aritenoidi e turba la deglutizione, il vostro intervento allora è pienamente giustificato. Vedete dunque che, indipendentemente dalla diagnosi esatta del processo locale che complica la tisi polmonare, voi dovete fare attenzione al sintoma culminante ed intervenire, quando occorra modificare la deglutizione e la respirazione; astenervi, quando è semplicemente alterata la voce.

Come possiamo arrivare a modificare la tosse, la deglutizione o la respirazione, che sono alle volte causa di grave deperimento del paziente? Se si tratta di una tosse proveniente da catarro, quella che abbiamo detta laringite dei tisici, voi farete la cura del catarro; e le inalazioni e le polverizzazioni e i diretti toccamenti di qualche sostanza astringente riusciranno bene allo scopo. Vi accenno in generale le indicazioni, giacchè non mancherà l'occasione di occuparci dettagliatamente del catarro laringeo e della sua cura locale.

Passo oltre invece, per arrivare a fatti che più interessano, alla disfagia ed alla dispnea.

Disfagia. — Ricordatevi che questa può avere un doppio carattere, cioè può dipendere da imperfetta chiusura dell'orifizio della laringe per debolezza dei muscoli costrittori, e per l'imperfetto movimento delle parti infiltrate e rigide; ovvero può essere una vera odinfagia, quante volte gli alimenti, dovendo strisciare sull'epiglottide o sulle aritenoidi alterate



da gravi processi ulceranti, provocano un dolore che si traduce in una azione riflessa sopra i costrittori della faringe. Nel caso d'imperfetta chiusura del vestibolo laringeo, potete far la cura della causa ed anche sintomatica, mediante la sonda esofagea. Anzi poichè siamo a questo punto, voglio dirvi poche cose sulla questione dell'alimentazione forzata nei tisici.

Per alimentazione forzata, in generale, s'intende quell'alimentazione fatta mediante la sonda esofagea allo scopo di vincere la nausea che l'infermo ha per i cibi, e mettere a profitto la potenza digerente dello stomaco. Io mi servo di un paragone che riproduco da quelli autori che ne hanno trattato, onde rendervi chiaro il concetto dell'alimentazione forzata. Vi sono individui che hanno ripugnanza per la ingestione di certi rimedii, specie l'olio di ricini: se in costoro introducete l'olio mediante la sonda esofagea, avrete tolleranza perfetta; vuol dire che, se ci sono ammalati tisici che non digeriscono bene, perchè la potenza digerente dello stomaco è alterata, ve ne sono altri nei quali, se arrivate a superare la nausea, potete riuscire allo scopo. In Francia si continuano esperimenti in questo senso, somministrando più litri di latte agl'infermi di tisi mediante la sonda esofagea, ed osservando un aumento nel loro peso e nelle loro forze. L'alimentazione forzata potrebb'essere applicata alla tubercolosi laringea; ma quando ci ha grave processo infiammatorio o ulcerante della regione aritenoidea, su cui deve strisciare la sonda necessariamente, vi fo riflettere che bisogna o condurre questa con la massima esattezza, o tenere più lontana che si può la manovra. Indipendentemente però da ciò, nei casi di disfagia, ci sono piccoli dettagli dei quali dovete far tesoro, quando volete completare la cura igienica. Per esempio, sarà utile raccomandare all'infermo di non bere a piccoli sorsi, ma in una volta, ed io ho visto che il mettere a profitto la colonna di aria inspiratoria, a preferenza della contrazione dei muscoli costrittori, riesce talvolta bene: infermi che aspirano i liquidi mediante un cannello di vetro possono superare talora il grave ostacolo nella deglutizione. Quando questo è più marcato per i liquidi, facilmente scappano nella laringe i liquidi stessi e provocano tosse. Bisogna cercare allora di rendere un poco densa la sostanza della quale l'infermo si deve servire, ed a questo scopo riesce bene la farina, l'arrow-root, la semmola, ecc.; ho visto infermi che bagnavano nel latte la mica di pane per dissetarsi. Però (come regola generale) quante volte l'ulcerazione ha sede sopra punti della laringe che possono essere direttamente influenzati dagli alimenti, importa che questi siano bene triturati prima: non intendo significare che debbono essere soltanto bene masticati, ma la carne, che è tanto utilizzabile, privata della parte fibrosa, dovrebbe essere finamente tritурata, se lo si può, da certi speciali apparecchi che molto usano gli Americani, e poi apprestata



nel brodo, o ridotta in piccoli boli. Del pane si preferisce la *finica*: — in una parola voi dovete proibire qualunque sostanza alimentare capace di irritare meccanicamente le parti con le quali viene a contatto. Quando speciali condizioni vi distolgono dall'applicare la sonda esofagea, quando le norme igieniche di cui vi ho discorso non bastano, non bisogna dimenticare le piccole risorse, e mettere a profitto un'altra via, quella del retto.

L'enteroclisma del prof. Cantani può, per tante ragioni che qui sarebbe ozioso ripetere, riuscire utilissimo. In Inghilterra, dove certi dettagli non si lasciano facilmente sfuggire, si utilizzano volentieri clisteri nutritivi fatti così:

Manzo, montone o pollo cotto . . . . .	gr. 110
Animelle di vitello . . . . .	» 50
Grasso . . . . .	» 20
Cognac . . . . .	» 7
Acqua . . . . .	» 75

Dopo aver passata la carne ed il grasso per un sottile crivello, sino ad ottenerli ridotti assai fini, vi si aggiunge acqua e cognac, si riscalda fino a 35° circa e s'inietta 2 volte nelle 24 ore, avendo cura di pulire il retto 3 volte la settimana.

Passiamo ora al trattamento locale della forma disfagica.

Una indicazione la quale in parte risponde a quella igienica, di cui vi ho tenuto sinora parola, è l'energica cauterizzazione fatta con la pietra infernale; e sono registrati successi da questa pratica, con la quale voi cauterizzando create una specie di patina per cui le parti vengono coperte e difese. A capo di alcuni giorni rinnovate la manovra. Io però debbo dirvi che oggi sono alieno dal tentare questa operazione, sia perchè possediamo rimedi più efficaci, sia perchè la cauterizzazione, pur recando un sollievo momentaneo, finisce per irritare la parte, ed allora la infiltrazione collaterale aumenta, e con essa aumenta certe volte la disfagia. Si è pensato quindi ad altra medicazione, ed oltre al nitrato d'argento, che è stato applicato anche in soluzione più o meno concentrata, è stata vantata la tintura di iodo jodurata in 10-15 parti di glicerina ed addizionata con un poco di laudano. Difatti nel dispensario del Fauvel a Parigi quest'infermi erano così curati, e si aveva un vantaggio, ma assai inferiore a quello che attualmente noi ottenghiamo e con pratica diversa. Altri invece raccomandano gli astringenti energici, l'acetato di piombo, il nitrato d'argento insufflato in sostanza. Comprendo che frazionandone le dosi si può essere al coperto dagli effetti tossici di questi agenti, ma io porto opinione che quante volte ci ser-



viamo d' un farmaco che non è innocente, val meglio limitarne l'applicazione.

Altri hanno pensato ai calmanti, e così noi vediamo la morfina portata sulla parte per mezzo d'insufflatori o in soluzione, l'oppio, la belladonna, ecc. A Vienna la medicazione con le insufflazioni di morfina è molto in voga, e potreste servirvi di questa formula:

Gomm' arabica . . . . .	grammi 8 e mezzo
Allume crudo . . . . .	» 1
Idroclorato di morfina . . . . .	» mezzo

Di questa miscela, mediante l'insufflatore Labus o quello ordinario, se ne insuffla una piccolissima quantità; vuol dire che potete spingere la dose di morfina da 1-4 centigrammi. Io preferisco però la soluzione fatta nella proporzione di 20-30 centigrammi d'idroclorato di morfina in 100 grammi di acqua distillata. Ho visto buoni effetti dai diretti tocamenti della seguente soluzione:

Estratto d'oppio e belladonna. . . . .	ana centigrammi 50
Acqua di lauro-ceraso . . . . .	grammi 20

Mezz' ora prima d' ogni pasto si toccano le parti accessibili e lese della laringe. Altre volte codesti effetti calmanti si osservano spiccati dopo le inalazioni balsamiche, e specialmente di balsamo del Perù proposto da Schmidt di Frankfort. L' illustre prof. Cantani mi ha verbalmente comunicato che con vantaggio usa il detto farmaco in casi consimili. La formola è la seguente:

Balsamo del Perù. . . . .	grammi 10
Alcool . . . . .	» 5

Di questa mistura si fanno versare 15 o 20 gocce per volta in mezzo litro d' acqua bollente, e poi l'infermo fa inalazioni per 4-5 minuti, respirando attraverso un cono di carta, un estremo del quale, proporzionato all' orifizio del vase in cui è l' acqua bollente, è messo lì, e l' altro che corrisponde alle dimensioni della bocca viene applicato a questa. Le inalazioni si debbono ripetere quattro o cinque volte al giorno, rinnovando le gocce della mistura per ogni seduta.

Altri pratici han pensato a rimedi più energici, e nel congresso laringologico di Milano, Schmidt faceva rilevare che sopra circa 200 infermi da lui curati, egli contava guarigioni radicali di 15-20. Questo metodo di Schmidt consisteva da una parte in quello generalmente accettato, cioè nel



far respirare molto gli ammalati all'aria libera, non chiudere interamente le finestre durante l'inverno nella notte, e tenerle spalancate di estate; più nella dieta roborante; e da un'altra parte, per ciò che riguarda la laringe e la disfagia, nelle ampie scarificazioni. Egli presentò una grandissima forbice che agiva nel senso antero-posteriore, grazie ad un movimento simile a quello del tonsillotomo. Portando l'istrumento chiuso, strisciando sopra la epiglottide, se ne introduce una branca nella cavità laringea, un'altra nell'esofago; si ritirano gli anelli, ed allora avvicinate le branche, si produce una profonda scarificazione della parete posteriore laringea. L'autore assicura che il dolore è poco, l'emorragia scarsa, e continuando con le polverizzazioni fenicate si riesce ad avere un miglioramento notevole, od una guarigione radicale. Io non so quanto sia vero il metodo di Schmidt, non avendolo per conto mio sperimentato: mi sembra poco razionale credere che la cura radicale della tisi laringea possa essere rappresentata da un'ampia scarificazione, senza aggiungere che il processo non pare molto innocente, e forse qui, nel nostro dolce clima d'Italia, dove il sistema nervoso è più irritabile di quello dei nostri fratelli d'oltre Alpi, noi non troveremmo un solo che si sottomettesse a questa manovra. Le stesse impressioni sono divise da altri colleghi, cosicchè io non insisto affatto per raccomandarvi la generosa scarificazione.

Vi sono alcuni pratici che hanno messo a profitto le polverizzazioni e la medicatura disinfettante: ci si schierano innanzi gli acidi borico, salicilico, fenico, il iodoformio e la resorcina.

Dopo questa rassegna che ho fatto delle varie medicazioni, ispirate ora ad uno, ora ad un altro criterio, prima di procedere oltre sarà bene che io vi dica qual'è la migliore, e quale è la pratica meno pericolosa e più efficace. In questo ho il merito dell'esperimento comparativo: io ho usato tutte queste diverse medicazioni, e voi potrete essermi larghi della vostra fiducia, ora che vi dirò qual'è quella a cui mi sono fermato. Ben inteso che noi ora ci occupiamo della disfagia, indicazione curativa che comprende massimamente in sè l'altra della cura delle ulcerazioni che sono causa della turbata deglutizione. Innanzi tutto conviene detergere la superficie ammalata con polverizzazione fenicata o di resorcina; l'una o l'altra è superiore all'acido borico e salicilico. Questo è un utile preparativo che, mentre allontana la secrezione e diminuisce la tosse, permette che la medicatura si faccia a più diretto contatto con la mucosa. Facciamo poscia diretti toccamenti con iodoformio sospeso nell'etere, nella proporzione di uno a quattro: l'etere evaporandosi rapidamente, permette che l'iodoformio si fermi sulla località, e difatti, se esplorate dopo la medicazione qualche infermo, vedrete la polvere gialla sulle varie superficie ulceranti. Questa medicatura disinfettante mi sembra superiore alle altre, onde non mi stancherò dal



raccomandarvela; ma poichè certe volte nella pratica s'incontrano individui che non ricavano tutto il profitto che c'era da attendersi, bisogna tener presenti eziandio le inalazioni col balsamo del Perù, le polverizzazioni con la morfina che in certi rincontri vincono il dolore e migliorano l'infermo. Questa cura si completa non solo con la scelta degli alimenti, come vi ho già detto, ma ancora col riposo dell'organo, che è capitale indicazione. Raccomandate quindi agl'infermi di parlar poco, di non restare in atmosfera troppo calda o troppo fredda, rarefatta, piena di polviscolo o di fumo. E se i pazienti lo possono, mandateli l'inverno in climi temperati, acciò (lontani però sempre da influenze nocive) respirino molto all'aria libera, escano e passeggino, protetti dal vento e dalla polvere.

A proposito del respiro, e per non pregiudicare la questione della tracheotomia ora che dovremo di proposito trattarne, ho il dovere di aggiungere che certi autori, e tra questi il Beverley Robinson, ne hanno elevato di tanto il valore, da consigliarla nella tisi laringea ancorchè non ci siano marcati segni di laringostenosi. Vi sono casi che parlano in favore di questo metodo, ma sono scarsi: basterà una sola osservazione per dimostrarvi che se la tracheotomia ha la sua ragione di essere nella tubercolosi laringea, non si può invocarla per la cura delle disfagie da ulcerazione: e questa è, che la presenza della cannula sta in antitesi perfetta col riposo a cui si vorrebbe condannare l'organo.

Passiamo ora ad un altro fenomeno grave, compagno di molte forme tubercolari, la laringo-stenosi. È un disturbo che reclama tutta la nostra attenzione, ed è inutile che io ve ne ripeta le ragioni: vi ricorderò che certe volte gl'infermi si aggravano d'un colpo e la dispnea si presenta minacciosa: l'indicazione di aprire un varco all'aria vi si presenta chiara. Ma voi sentirete dirvi: se l'individuo è condannato a morire, perchè accingervi ad una operazione grave, o se non tale, piena di pericoli? Naturalmente se siete chiamati per un individuo che soffre, e costui sta all'ultimo periodo della tisi, prudenza vuole che disprezziate il fenomeno, tranne che una dolce pietà non vi spinga a tentare l'eutanasia, a procurare cioè a questo infermo una morte più dolce. Ma se invece si tratta di una forma primaria o secondaria di scarse lesioni toraciche, e l'infermo è in discrete condizioni, sì da poter vivere ancora degli anni, niun dubbio che voi dovete praticare la tracheotomia. Le statistiche in Francia sono favorevolissime ed eloquenti, perchè alle volte in fortunate congiunture i fenomeni pulmonari si emendano, e gl'infermi tirano avanti discretamente e meno stentatamente la vita. Però è mestieri non dimenticare che le laringostenosi, le quali si svolgono per effetto di tisi, hanno un carattere monotono, una lentezza di decorso che invano vi aspettereste in quelle da sifilide o da altre cagioni: voglio significare con ciò che l'infer-



mo, al quale avete presagito la tracheotomia, domani vi presenterà forse condizioni tali da distogliervene. Per riferirvi le mie impressioni, non vi nascondo che vari infermi di tubercolosi laringea, che ho veduti affannosi, ansanti, cianotici, osservati il dì seguente han fatto dileguare dall' animo mio i timori concepiti, ed allontanare per sempre l' idea di una possibile operazione. È dovere perciò, prima di ricorrere a quest' estrema risorsa, aiutarsi cogli astringenti, coi balsamici, coi disinfettanti, coi rivulsivi. Del cauterio con la potassa caustica si è fatto chiasso in Francia, ed il krishaber diceva di risultamenti magnifici ottenuti. Ma questa energica rivulsione si risolve in una condizione di depauperamento dell' infermo: vi consiglio di preferenza la pomata di tartaro stibiato o di olio di croton.

L' aria compressa, quella che con tanta utilità applichiamo in certe forme di tisi polmonare, potrebbe in alcune stenosi laringee, diminuendo l' afflusso del sangue alla località e forzando il calibro del tubo ristretto (due effetti salienti della medicatura), moderare la flogosi; ma non obliate le scarificazioni, se non così generose come vuole Schmidt, se non coll' unghia come praticava Legroux, coi coltellini alama nascosta che potete portare ripetutamente su diversi punti, producendo piccole ferite le quali trattate dopo con una soluzione fenicata, riescono allo scopo e cicatrizzano senza inconvenienti. Questa medicazione ausiliaria più s' impone quando si tratta di donne incinte, nelle quali la tracheotomia potrebb' essere doppiamente pericolosa: in questi casi è prudente di combinare la medicazione in modo da tener lontana, più che si può, la soffocazione; e, se tutto indica l' operazione, farsi assistere da un collega ostetrico, il quale all' occasione si decida al parto forzato o al parto cesareo, secondo il bisogno e le eventualità.

Vi ho detto, o Signori, della cura locale nella forma ulcerante; del come deve modificarsi l' igiene alimentare, e vi ho fatto notare che questi infermi debbono preferibilmente restare in clima caldo, specialmente nell' inverno onde evitare le vicissitudini atmosferiche che potrebbero aggravare la loro condizione locale. Le stesse cose potete utilizzare in questa forma dispnoica. In conclusione, la cura locale, reclamata quando vi è una speciale indicazione, viene utilmente sussidiata dall' alimentazione proporzionata al caso ed ai bisogni dell' organismo, e da una cura climatologica opportuna. Non trascurate queste regole igieniche, del valore delle quali avrete agio di persuadervi quando sarete chiamati alla pratica, e forse allora vedrete se quello che vi ho esposto della patologia e della cura della tubercolosi laringea abbia un fedele riscontro.

---



## LEZIONE SESTA

### Difteria faringo-laringea.

#### I.

#### Storia, Etiologia, Concetto, Cause.

**Sommario.** — Storia della difterite dai più antichi tempi sino ai nostri. — Chi crea la parola crup, chi quella difterite — Studii fatti sul proposito in Italia e fuori. Concetto generale del morbo. — Cause determinanti e predisponenti. La causa determinante è un agente specifico, un virus speciale. — Che sia. — Parassita? (Letzerich, Oertel, Hüter, Tommasi). Vi sono difteriti spontanee? Le si negano. — I casi riferiti come tali si possono spiegare altrimenti. — L'elemento, quale che sia, è fornito di vitalità senza pari. — È fornito pure di grande resistenza.

SIGNORI,

Il nostro dispensario ci fornisce un discreto contingente di malattie croniche, ma uno scarsissimo di quelle acute, per ragioni che voi facilmente intendete: tra queste ultime va annoverata la difterite, la quale da un tempo a questa parte si è vista endemica nelle nostre contrade. Ora, benchè noi dobbiamo augurarci che essa voglia sparire e per sempre, pure tutto porta a credere che voi, i quali vi trovate alla vigilia della pratica, v'imbatterete in questa malattia. Ecco perchè ho creduto utile esporvi, e lo farò nella maniera più completa che io mi sappia, la storia di questa terribile infermità, la quale è stata illustrata nei tempi moderni, poichè i medici delle generazioni che ci hanno preceduto appena appena ricordavano casi sporadici, casi isolati che rivestivano più volentieri la forma di crup.

La prima domanda che voi, udito ciò, mi rivolgete, ed alla quale io ho il dovere di rispondere è questa: è dunque la difterite una malattia nuova, oppure di data antica? Se essa era conosciuta da tempo remoto, per quali ragioni ha taciuto così a lungo? Per quali ragioni l'abbiamo vista infierire in quest'ultimi tempi?

Io quindi sento il bisogno di tracciarvi per sommi capi la storia della



malattia, e lo fo tanto più volentieri in quanto che dalle poche notizie che vi riferirò, voi potrete avere argomento per comprenderne meglio il concetto, e rendervi conto soprattutto del suo modo di svilupparsi, di diffondersi e riprodursi, come abbiamo appunto veduto succedere in un lungo periodo storico, il quale comincia da 6 secoli avanti G. C. e termina a noi.

Sì, o Signori, se ci facciamo a percorrere la letteratura, avremo agio di convincerci che in un'epoca coèva a quella di Pitagora, un medico indiano, D' Hanvantare, nel suo Sistema di medicina, che da 20 anni appena è stato tradotto dal sanscrito in latino, accenna all'angina difterica. Naturalmente sono vaghe nozioni: *muco e sangue* che si raccolgono *nella gola*, *tumefazioni del collo*, *mortalità degli ammalati*, ecc., ma sono dati sufficienti per convincerci che si trattava della malattia in questione. Al vecchio di Coò, ad Ippocrate, da taluni si è voluto attribuire dubbiamente che egli avesse osservato la difterite; però nulla accenna positivamente e realmente che sia stato così. Nei tempi di Augusto, invece, Areteo sotto il nome di *ulcera Siriaca* ci lasciò vestigia di una malattia che doveva essere l'angina difterica ed il crup.

Per vero, Areteo descrisse certe ulcerazioni semplici delle tonsille, circoscritte, bianche, le qualiolgevano a guarigione e le distinse da quelle profonde, gravi, micidiali. Nè si fermò qui, ma dette notizie esatte del modo onde accadeva la diffusione al tubo laringo-tracheale descrivendo in un quadro abbastanza completo la sintomatologia propria del crup. Un secolo dopo, Galeno accennò all'espuizione di un intonaco membranoso dalla gola; se non che i dati si arrestano lì e noi non troviamo in Galeno notizie precise, le quali ci facessero vedere come davvero la difteria fosse stata riconosciuta in quei remoti tempi. Eguali allusioni al crup, e specialmente alle forme difteriche noi troviamo in Celio Aureliano verso la fine del III secolo: egli descrive il carattere abbaiente della tosse, la voce rauca, la respirazione stertorosa ed il rigurgito dei liquidi pel naso, ciò che con grande probabilità si deve riferire alla paralisi post-difterica del velopendolo.

Nel Talmude ed in Rashi che l'ha commentato, noi riscontriamo spesso la parola *Askara*, con la quale si denota una soffocazione, un male micidiale che risiede *nella gola* e che termina *con esito letale*; altro indizio, altro rapporto, altra analogia con l'angina difterica dei tempi nostri. Nel secolo VI, Aezio di Amida descrisse delle macchie grigio-cineree che terminavano in ulcerazioni ed avevano sede parimenti nella gola. Dopo lui accade una sosta di 10 secoli, in cui invano cercate le orme che si possono riferire ad un lontano ricordo della malattia. Questa sosta così lunga deve richiamare la nostra attenzione, perchè probabilmente o casi analoghi dovettero sfuggire all'osservazione dei medici pra-



tici, o speciali condizioni ne dovettero arrestare lo sviluppo, paralizzando l'azione di questo agente morboso.

Un nuovo periodo storico si apre al XVI secolo con Forest e von Woerd, i quali descrivono una epidemia in Olanda, cioè ci danno notizia della ricorrenza epidemica di questa malattia, le tracce della quale noi abbiamo accompagnato sino a 600 anni avanti G. C. Nella stessa epoca, un distinto medico francese, il Baillou è il primo che, scartando l'ulcera, la necrosi a cui alludevano i vecchi pratici, descrive la falsa membrana. Noi usciamo quindi dal campo delle supposizioni e ci fermiamo a Baillou come a colui che scientificamente afferma il concetto dell'affezione pseudo-membranosa. In questo medesimo periodo di tempo, due epidemie in Ispagna ed in Italia rimangono classiche, e provano che questa angina pestilenziale, osservata in punti isolati del mondo, tendeva ad incentrarsi sotto forma epidemica in queste due regioni. Villareale nel 1611 dice aver visto migliaia di casi di un'angina maligna, di un'angina che faceva molte vittime, di un'angina accompagnata ad essudazioni membraniformi nella gola, e che dobbiamo ritenere essere la nostra angina difterica, la quale in vero egli discusse meglio di Fontecha ed Herrera, suoi contemporanei, e che seguì a chiamare col nome abbastanza celebre di *Garrotillo*.

Nel 1617, un'altra epidemia di angina difterica travagliò Napoli e la Sicilia. Sgambati descrisse quest'epidemia napoletana, e Severino nel 1643 illustrò assai bene le paralisi difteriche. Nola e Carnevale confermarono l'analogia di quest'epidemia napoletana con quella che infieriva in Ispagna, cioè l'analogia dei caratteri dell'angina difterica, ma che essi chiamavano, bene inteso, altrimenti: angina pestilenziale e soffocatoria (*De pestilente faucium affectu — de pedanchone maligna — de epidemico phlegmone anginoso — de epidemico strangulatorio affectu*), perchè la voce difterite fu creata da altri, e con intendimenti assai più consoni alle moderne vedute. L'epidemia siciliana si continuò nel secolo XVII e Cortesio accompagnò questa storia patologica: più tardi Alaimo e Aezio Clezio. Qui novella sosta per un secolo: vorrei che questi periodi storici vi restassero bene impressi, giacchè noi li potremo bene spiegare con quanto vi dirò dell'etiologia del morbo. Ma a prescindere dall'ipotesi di possibile latenza della malattia, di possibilità che sia stata sconosciuta dai medici, egli è certo che questa terribile angina mostrava già come carattere proprio quello di ricomparire in date epoche ed arrestarsi per un altro periodo, e poi ripigliare la sua terribile azione. Dopo 100 anni di quiescenza, epidemie scoppiano nella Scozia, nell'Inghilterra e nella Francia. Patrizio Blair, questo dotto medico al quale torna il vanto di avere creata la voce *crup*, descrisse sotto il nome di *croops* una forma abbastanza analoga a quella di cui ci stiamo occupando. Contemporanea-



mente il Ghisi ci parlava di una epidemia che ricomparve nella Sicilia, specialmente a Palermo; e mentre in Iscozia, in Inghilterra, in Italia, il male si mostrava sotto forma epidemica, la Francia non era risparmiata. Così noi vediamo Marteau de Grandvilliers e Chomel il vecchio, i quali nel 1749 assistettero ad una strage che fece questo morbo ferale; e poi di nuovo in Inghilterra ed in Iscozia, Starr, Wilcke, Huxham ed Home in Edimburgo, i quali verso la metà del secolo XVII constatavano novelle eruzioni. Nè questo accadeva solo in Europa; nel 1789 Samuele Bard in America annunciava la comparsa del male in questione, e nel 1802 Cullen nuovamente in Edimburgo richiamava l'attenzione dei pratici sulla difterite. Però in questo stesso periodo, le epidemie in Inghilterra cominciavano a chetarsi; solamente restavano casi sparsi; la malattia, come ha dovuto accadere nella nostra Italia, restò sconosciuta, obliata, ed i casi sporadici che cadevano sotto l'osservazione dei medici erano interpretati forse in modo diverso.

Non così in Francia, dove la malattia infieriva; ed ecco come nel 1807 Napoleone I stabiliva un premio pel miglior lavoro sulla difterite; ed ecco come Albers, Jurine, Roger, Collard sono uniti a questa epoca all'epidemia di Tours che rimase triste ricordo di una spaventosa strage. Arriviamo al 1826, quando Bretonneau, medico francese, accorto come tutti i suoi connazionali, si ferma sulla malattia, la studia, l'accompagna e crea la voce « *difterite* » desumendola dal greco *διφθέρα* che vuol dire pelle o membrana, e volendo alludere al carattere culminante della malattia, cioè ad una essudazione membranosa; denominazione che il Trousseau mutò nell'altra di *difteria*, persuaso che si trattasse di un morbo generale, capace di portare manifestazioni multiple sopra sedi diverse, una malattia infettiva, come abbiain noi visto essere realmente.

In Germania, da 60 anni a questa parte l'angina difterica comparve e fece mal governo di quelle contrade: in Italia, dopo i ricordi di Sgambati, di Nola e Carnevale, sono 12 anni che abbiain visto sotto forma epidemica l'angina difterica. E, singolare coincidenza, Firenze e Napoli come nel XVI secolo vi pagano ampio tributo.

Quali sono le condizioni che abbiain provocata quest'epidemia, gli speciali momenti che ne hanno determinato l'aggravamento, è lo studio che completerò oggi, a proposito dell'etiologia. Ma questo breve ricordo che ho voluto tracciarvi, non per un lusso scientifico, non per rubarvi tempo, deve servire a rafforzare in voi il concetto che l'angina difterica era nota da tempi remotissimi; che soleva ricorrere in varie parti del globo sotto forma epidemica; che soleva indurre periodi di lunga sosta; e che oggi, assistendo noi disgraziatamente alla sua ricomparsa, abbiain potuto completare il concetto nosologico di questa malattia, che era appena abbozzato o falsato dai medici dell'antichità.



Che se i mezzi terapeutici oggi non sono così efficaci, come il vorremmo, non è a negare che il corredo di tante utili nozioni, l'indirizzo naturalistico che seguiamo, la ricchezza dei mezzi di osservazione non ci abbiano fatto fare un gran passo verso le reali alterazioni morbose, e non si sia fatta luce abbastanza, se non completa sulla patogenesi.

Le recenti epidemie italiane, specie la fiorentina e la napoletana, furono sprone a numerosi lavori che invano tenterei enumerarvi, e che rivaleggiano con altri dottissimi, fatti in Germania da Oertel, Wertheimber, Letzerich, ecc. Ho il dovere però di ricordare che, in seno alla Società Medica di Firenze, l'argomento fu ampiamente e dottamente discusso, e le monografie del Morelli, del Nesti, del Giacchi, del Borgiotti, ecc., furono redatte alla stregua di una osservazione minuta e coscienziosa. Ricordo tra i lavori napoletani, specialmente quello del Prof. Franco, che è una dotta esposizione critica. Ma un libro che si guadagnò il primato è certo quello del Mackenzie, il quale, compendiando tutto ciò che si fece nel mondo intero, resta come una memoria tra le più complete, alla quale io m'ispiro in queste lezioni.

**Etiologia**—Quali sono le cause della difteria? Quale è il concetto generale della malattia? La difteria è una malattia specifica contagiosa o meglio trasmissibile, la quale ha come carattere anatomico culminante la presenza d'un essudato membraniforme che predilige la mucosa dell'istmo delle fauci, della cavità naso-faringea e del tubo laringo-tracheale. Vero è che sotto condizioni epidemiche la cute, qualunque scontinuità dei tessuti e altre mucose possono essere sostrato al morbo, ma noi possiamo ritenere che la difteria predilige la mucosa dell'istmo delle fauci, la cavità naso-faringea e la mucosa laringo-tracheale.

Come di tutti i morbi, noi possiamo distinguere per la difteria cagioni determinanti e cagioni predisponenti. La cagione determinante è una: l'agente specifico della malattia, il virus speciale che la induce. Ma lo abbiamo noi isolato quest'agente morbosissimo? Lo abbiamo noi coltivato e trapiantato artificialmente? Lo possiamo noi vedere e palpare? La questione è grave; io vi ritornerò sopra a proposito della patogenesi; lì noi misureremo tutto il valore della teoria parassitaria, lì noi cercheremo renderci conto di tutta l'importanza che possono avere i micrococchi nella genesi della malattia.

Ora mi fermo ad uno studio sommario sulla storia naturale del contagio, sul come si diffonde e penetra nell'organismo, ed in questa storia importante vi prego di accompagnarvi, non solo perchè essa è stata creata dalla nozione di fatti particolari interessanti, ma perchè il ritenerla bene a mente vi porrà in mano la chiave per uno dei più essenziali elementi curativi, cioè per la profilassi della malattia.

L'agente speciale che produce la difteria pare che sia una sostanza che deve star sospesa nell'atmosfera allo stato di sottili molecole. I più



caldi sostenitori della teoria parassitaria, Oertel, Letzerich, Hüter, hanno creduto che questa sostanza potesse essere individualizzata in uno speciale parassita. A proposito della patogenesi, io vi dirò che nè ci ha costanza di reperto sulla forma di questi batterii, nè il rapporto tra causa ed effetto è così costante da poter sostenere che la difteria dipenda unicamente da uno speciale agente che noi ravvisiamo con caratteri ben determinati sui prodotti morbosi.

Un'altra domanda però, che strettamente si riannoda a questa storia naturale del contagio e che voi sentirete ripetere sotto forma molto più volgare dalle famiglie, è se la difteria possa svilupparsi spontaneamente, se ci siano casi che noi chiamiamo *de novo*, casi isolati o sporadici. Voi non ignorate che le tendenze odierne sono tutte favorevoli ad escludere l'origine spontanea, e negli argomenti stessi che sono stati messi avanti per sostenerla (il sudiciume, il pessimo sistema d'incanalamento, i pozzi neri) voi trovate pretesto per un'altra spiegazione, cioè che le acque possono essere contaminate da gas, i quali infiltrando il sottosuolo le alterano o portano alla superficie, con loro, il germe morbigeno che ne è la causa più diretta. I casi di creduta origine spontanea, che taluni autori riferiscono, bene esaminati da vicino meritano tutto il beneficio dell'inventario. Così quello del Semon che riferisce il Mackenzie nel suo libro classico che io tradussi e che non mi stancherò mai dal raccomandarvi. Nel Tirolo, in un punto detto Bad-Fusch, cioè all'altezza di 3-4000 metri al di sopra del livello del mare, dove si gode aria purissima, dove l'acqua è egualmente pura, dove non accedono che pochi viaggiatori, una ragazza, la quale da poco più di un mese vi si era recata, presentò i segni della difteria. Il caso rimase unico, non vi fu contagio, l'affezione si limitò a quella sola fanciulla. E però, senza dirvi che il contagio abbia potuto esser trasportato da individui che erano sani, questa fanciulla proveniva da Vienna; e, se il periodo che era corso tra la sua partenza e lo sviluppo della malattia si poteva valutare ad un mese e più, noi non dobbiamo dimenticare che i germi morbigeni della difteria hanno la triste proprietà di restare latenti per un certo tempo e sotto speciali condizioni mostrare la loro virtù venefica. Ho detto che la storia naturale del contagio dobbiamo tesserla col giusto e minuto apprezzamento dei fatti che abbiamo raccolti dai varii autori; lunga storia, la quale pare abbia interessato la mente ed il cuore dei più dotti medici, e la prova è la non meno lunga serie di monografie che abbiamo avuto in questi ultimi tempi, e delle quali non vi ho citato che qualcuna appena. Ebbene, egli è di tutti questi lavori che noi dobbiamo far tesoro per arrivare a carpire le speciali condizioni sotto cui vegeta e fiorisce questo agente morboso.

È risaputo che la difteria è una malattia dei climi temperati, specialmente dei paesi umidi; così essa arriva ai tropici, ma non nelle re-



gioni artiche. Vi ho accennato, ed ora ho il dovere d'insistervi, alla possibilità di assopimento dei germi morbigeni fuori dell'organismo, e non solo di questa triste proprietà, ma di una vitalità senza pari. Difatti quando ci domandiamo il perchè di così lunghe soste verificate in determinati luoghi ed in determinati tempi, noi dobbiamo convenire che fuori dell'organismo questo agente morboso abbia potuto resistere e vivere, e poi sotto peculiari condizioni abbia di nuovo mostrato le sue tristi proprietà. Così ci possiamo spiegare la remora dei secoli che vi ho descritta a proposito della storia, e così ci possiamo spiegare come il Dottor Thursfield in Inghilterra, riandando sui dati statistici, abbia potuto esattamente stabilire che con una precedenza di 10-20-30 o 40 anni si avea la presenza del male in certe date località, onde quello che ricorreva non si poteva dire esempio di casi ad origine spontanea, ma di riproduzione del morbo, per condizioni ignote o modificazioni climatologiche, quelle che noi completeremo nell'ulteriore tratto.

Oltre di questa proprietà dello assopimento, vi ho discorso della proprietà di resistenza, e questa si può vedere tuttodì. Non cito i casi di altri autori, ma quelli che sono occorsi a me medesimo. Fui interrogato una volta se una bambina che risiedeva in Napoli poteva portarsi in provincia di Bari, in una casa dove si era avuto un caso di difteria: negai assolutamente il mio permesso, ed erano trascorsi varii mesi dalla primitiva malattia. Contro il mio assenso, credendo il tempo una sufficiente garanzia, a capo di 8 mesi la bambina fu portata in quella dimora ove abitò la medesima camera in cui si era lamentato il primo esempio: dopo pochi giorni ammalò di angina difterica.

Questo ed altri casi, che potrei ripetervi, trovano conferma in molti di varî scrittori, ma basterà che io ve ne citi uno come tipo per rafforzare in voi il convincimento che i germi hanno una grande resistenza, e di questo criterio dovete far tesoro per interdire il ritorno nei siti infetti a quelli che se ne sono allontanati. Le piogge, le vallate, i siti paludosi, i distretti rurali, la stagione invernale danno un prevalente contingente allo sviluppo della malattia. Invano però potreste sostenere che queste siano condizioni essenziali, condizioni *sine qua non*, giacchè una triste esperienza ci ha insegnato che il morbo può infierire non solo in climi asciutti o in siti bene esposti, ma anche nelle più calde stagioni dell'anno. Io negli anni passati ricordo che sulla ridente collina di Posillipo, nei mesi di luglio ed agosto, ho osservato piccole epidemie locali, come non si erano mai viste nella stagione invernale.

Le condizioni topografiche e climatologiche, di cui vi ho discorso, possono dunque, quando sono presenti, spiegarci come e perchè fiorisca il contagio, ma non devono rappresentare l'unico elemento fautore, giacchè ci stanno contro la esperienza ed i fatti.

Completerò lo studio dell'etiologia nella prossima lezione.



## LEZIONE SETTIMA

### II.

#### **Trasmissione: seguita la storia etiologica dell'angina difterica.**

**Sommario.** — La trasmissione della difteria può esser fatta dagli individui infermi e dai convalescenti. — Anche i sani possono trasmetterla. Trasmissione dagli animali: vitello (Dammann), polli (Megnin, Nicati). Il perimetro di diffusione del morbo non è molto esteso; può diventar tale sotto peculiari condizioni. — Il germe morbosio aderisce alle pareti delle camere, ai mobili, ecc.; in genere alle superficie scabre. — Come penetra nell'organismo?—1) per trapiantamento. — Ci sono vittime illustri per difteria da trapiantamento: Blache figlio, Valleix, Foulis. — 2) per l'atmosfera circumambiente. — Basta brevissimo soggiorno in siti infetti. — 3) per l'acqua, per gli alimenti. — 4) per inoculazione, accettata da alcuni (Trendelenberg, Eberth, ecc.), negata da altri (Trousseau, Peter.) — Osservazioni del Paterson. — Cause predisponenti: età. — Il sesso non predispone, contrariamente a quello che si pensava. — Suscettibilità familiare. — Posizione sociale. — Condizioni locali. — La difteria in questi casi è primaria. — La forma secondaria consiste nella sopravvenienza del morbo dopo altri processi infettivi e discrasici: la prevalenza di coincidenza sta per la scarlattina. — C'è identità tra i due morbi? — Si nega (Barduzzi). — Ragioni che la fanno negare. — Epidemie di angina difterica ponno comparire e scomparire. — La difteria induce protettività in quelli che l'hanno già sofferta.

SIGNORI,

La diffusione della difteria può accadere, ed accade il più delle volte per mezzo degli infermi medesimi, e questa è cosa risaputissima; ma, per la speciale proprietà che i germi morbososi hanno di resistere per un certo periodo, succede che anche i convalescenti possono essere mezzi di diffusione del contagio. Quando noi siamo interrogati se possono o no ritornare gl'individui che erano stati allontanati dalla casa, bisogna dunque ricordarsi che la convalescenza non è un criterio il quale può affermare che la malattia non sarà per diffondersi. Convien esser molto rigorosi nel permettere il ritorno dei sani nelle case infette. E non solo gl'infermi ed i convalescenti, ma individui che non ricettano il



contagio possono essere trasmettitori della malattia. Comprendete che in prima linea bisogna schierare il medico, donde la necessità di prendere le opportune precauzioni per non diffondere la malattia. Come si è fatto a dimostrare che i convalescenti e gl'individui sani possono operare questa trasmissione? Per gl'infermi, la cosa va da sè; l'organismo infermo rappresenta il fomite da cui partono queste particelle che sospese nell'atmosfera, o in altro modo penetrano nell'organismo: ma per gl'individui sani? Vi sono delle curiose coincidenze, tra cui è classico il fatto riportato dal Mackenzie. Una donna visitò una casa in cui ci era un difterico; camminò per un miglio o due lungo un fiume, e si fermò brevissimo tempo presso un'altra famiglia; pochi giorni dopo scoppiò in quella casa la difteria. Questo non è l'unico fatto da cui si sia tratta l'argomentazione espostavi; ce ne sono moltissimi: ma un esempio basterà a convincervi che anche gl'individui sani possono trasmettere la difteria. Però la difficoltà di un trapiantamento artificiale, che per la difteria è vero come per tutte le altre malattie contagiose, rende accetta l'opinione che i germi morbigeni, per riuscire attivi, debbono, emessi da questo centro infettante, subire ulteriori metamorfosi. Non solo si tratterebbe di speciali condizioni di ricettività del germe morbigeno, ma presumibilmente dobbiamo ammettere che i germi, fuori dell'organismo, subiscono speciali modificazioni che loro conferiscono la proprietà infettante. Non solo gl'infermi, i convalescenti, gl'individui sani possono trasmettere il morbo, ma anche gli altri animali. Il Dammann cita dogmaticamente la possibilità di trasmissione dai vitelli, e questo fatto non è contraddetto da altri. Invece una questione dibattuta è quella che riguarda la trasmissibilità dai polli, trasmissibilità che ha formato speciale obietto di studio pel Megnin e pel Nicati. Debbo dirvi però, innanzi tutto, che la trasmissibilità della difteria dai polli all'uomo non è dimostrata, anzi non è dimostrato che la difterite dei polli, la cosiddetta pipita, fosse in sostanza la stessa cosa della difteria dell'uomo. Voi comprendete che questo è il punto capitale nella questione che ci occupa; però è risaputo che non è la carne cotta dei polli quella che gode codesta triste proprietà: il calore è il miglior disinfettante. Si tratterebbe invece di ammettere un particolare germe, il quale sprigionato dall'organismo dei polli potesse nell'uomo riprodurre la medesima malattia, supposto che sia identica. I fatti non sono tali da autorizzarci a ritenere vera la cosa, nel senso che sarebbe una esagerazione senza eguale il ritenere trasmessa dai polli un'angina difterica che si osservasse in coincidenza di epidemia di pipita. Supponiamo che voi foste chiamati presso individui affetti da difteria, e nel contempo venghiate a sapere che un pollaio della casa è infetto; non siete autorizzati ad ammettere che il fomite d'infezione sia



proprio quello, perchè può trattarsi di una semplice coincidenza, e tanto meno siete autorizzati da una singola osservazione a strepitare ed invitare i municipii per provvedimenti che non sarebbero richiesti. Sarà utile però che nella pratica studiate meglio questo possibile rapporto tra causa ed effetto, ma sinora non siamo certi che veramente la malattia sia trasmissibile nel modo come ho detto.

Sembra che il perimetro di azione del germe morbigeno, cioè la distanza sino a che possa essere attivo il contagio, non sia molto considerevole; meno esteso del tifo e del vaiuolo; se non che, sotto speciali condizioni, questo perimetro può esser allargato. Vuol dire che, se nelle condizioni normali la difteria può estendersi, per esempio, alla distanza di un chilometro, date peculiari condizioni la potenza di trasmissibilità ne è aumentata. Anche questo fatto è stato desunto dalle esperienze, giacchè si è visto che di due fabbricati messi dirimpetto l'uno all'altro, uno è stato invaso dalla difteria e l'altro n'è stato perfettamente risparmiato. È anche presuntivamente che noi riteniamo che i germi morbosi possano aderire alle pareti della camera, ai mobili, alle suppellettili, agli abiti; in generale sembra assodata la tendenza che hanno ad aderire alle superficie scabre, onde codesta nozione si traduce in un utile elemento di profilassi, quando si tratta della disinfezione della camera e delle suppellettili.

Da quello che vi ho detto, sappiamo un poco della storia naturale del contagio, sappiamo un poco il modo come si diffonde, ma ignoriamo ancora quali sono le vie per cui esso penetra nell'organismo. Questo vado ad esporvi brevemente.

Per quante vie i germi difterici possono penetrare nell'organismo? Primo: diretto trapiantamento — Sventuratamente la storia ci ricorda tristi esempi del genere — Molti medici sono stati vittime del fero morbo curando infermi di difteria. Il Valleix, il figlio di Blache ed ultimamente il Foulis di Glasgow contrassero la malattia e ne morirono perchè, curando infermi del genere, ricevettero direttamente sulla guancia lembi di false membrane. Anche tra noi abbiamo avuto a lamentare dolorose perdite, e sebbene non è a dimenticare che in simili circostanze il medico era esposto al contagio generale, pure questi si ritengono come esempi di trapiantamento artificiale. Debbo anzi aggiungere che io stesso curando infermi di difteria ho avuto a soffrire di forme leggere, due volte, dopo aver avuto tutte le due volte sul viso brani di false membrane. La diretta trapiantazione è provata da altri esempi. Io ve ne cito uno che troverete nel Mackenzie e che è improntato a See. Una donna dava latte al proprio figliuolo e ad un altro bambino: questo secondo era in preda alla difteria, l'altro contrasse la difterite labiale, cioè il figlio della donna, e poi la donna stessa che frequentemente ba-



ciava il suo figliuolo. Un cane levriere mangiò escrementi d' un difterico ed ebbe la difteria; capisco che per quest' ultimo caso si potrebbe invocare la trasmissibilità per le vie digerenti, ma l'insieme delle cose è tale da non lasciarci dubbio alcuno che la difteria possa riprodursi per diretto trapiantamento.

Secondo modo di penetrazione: atmosfera circumambiente. Se le ragioni per ammettere il trapiantamento diretto non vi sembrano abbastanza concludenti, non ne avete che troppe per ritenere che intorno all' infermo sia sospesa, nell' aria, una quantità di germi morbosi che sprigionati dall' organismo possono trasmettere la malattia. Anzi aggiungo subito che relativamente a questo modo d' inficiamento, dobbiamo ritenere una massima rapidità di azione. Sono stati riferiti esempi di difteria svolta in bambini che erano stati portati dalle madri nelle case di altri infermucci del genere, che non hanno fatto altro che baciare. Non è necessario un lungo soggiorno, basta un tempo brevissimo, un non lungo contatto: basta un saluto, un bacio, che possono riuscir fatali. I prodotti di escrezione e di esalazione viziano l' atmosfera della camera; ed i germi morbigeni vi vegetano e fioriscono, guadagnando nella virulenza. Ma oltre a ciò, l' atmosfera può esser viziata, se non direttamente dalle escrezioni dell' infermo, dalla infiltrazione di codesti prodotti nel sottosuolo; così, penetrando nelle fogne, i germi morbigeni possono venir esalati alla superficie insieme ai gas che provengono dalle fogne medesime. Oertel, il quale è stato uno dei più zelanti nello studio della malattia e del suo modo di trasmissione, ci avrebbe recentemente fatto sapere che gli sputi, provvenienti da individui difterici, caduti al suolo e disseccati, ponno, tradotti in sottili molecole e trasportati dall' aria, trasmettere il morbo. Questa opinione è stata creduta esagerata dai moderni patologi, ma in fatto di difteria, e specialmente in fatto di misure profilattiche, sarà bene che esagerassimo anche noi. Che veramente i germi morbigeni della difteria possano penetrare nell' organismo per inalazione, lo prova il fatto che nei tracheotomizzati la difteria si sviluppa per la ferita tracheale, nel tratto inferiore, rispettando le fauci. Niun dubbio adunque che l' atmosfera viziata dal contagio possa essere il mezzo di trasmissione della malattia.

Terzo modo d' inficiamento: acqua, alimenti, latte — Riguardo all' acqua, sembra abbastanza dimostrato che le stesse materie escrementizie filtrando nel sottosuolo, oltre a produrre sviluppo di gas mefitici, possano contaminare le acque potabili, specialmente se i serbatoi di queste son vicini ai pozzi neri. Io, in Napoli, ho potuto intravedere un possibile rapporto di ciò che vi enuncio nella distribuzione della difteria in alcune contrade. Per esempio, in certe determinate vie la difteria colpiva i fabbricati messi sulla medesima linea, e rispettava quelli messi di rin-



contro, forse perchè l'incanalazione dell'acqua in queste case era fatta da diversi tubi di conduttura.

Riguardo agli alimenti, è possibile ed è semplicemente citato il fatto che possono essere trasmettitori della malattia. Ricordate l'esempio del cane levriere. In Inghilterra si menò gran rumore intorno alla possibile trasmissibilità mediante il latte di vacca. Si credette che quello proveniente da vacche in preda ad una speciale forma di mastoite reumatica potesse essere mezzo di trasmissione del male difterico. Voi sapete che in ispeciali condizioni le mammelle delle vacche sogliono infiammarsi, ed allora al latte si commisce sangue. Ma coloro stessi, che vi avevano richiamato su l'attenzione, hanno finito per rassicurarci perfettamente: onde non vi ha dubbio alcuno, ed il latte della vacca, anche se di un animale infermo di mastoite, non può trasmettere la difteria.

Quarto modo di trasmissione: inoculazione — Qui dobbiamo studiare l'inoculazione fatta con le false membrane, e quella col sangue proveniente dai difterici. Vi ho detto che gli esperimenti nel senso del diretto trapiantamento erano riusciti poco concludenti, ed ora insisto ancora più su questo punto. Trousseau, Peter, Duchamps, Harley hanno fatto degli esperimenti su loro stessi, e sopra animali: il Peter dopo aver prodotto sulla mucosa delle proprie labbra alcune screpolature, vi stropicciò le false membrane. I risultamenti sono stati sempre negativi, cosicchè per questi signori resta risolta la questione. Non così per Trendelenburg ed Oertel, Nasiloff ed Eberth, i quali hanno tentato la diretta trasmissione negli animali. Trendelenburg nei conigli operò come Oertel sulla trachea e vide risulterne la difterite tracheale; i secondi si servirono della cornea e videro seguirne cheratite difterica. Tommasi, Hueter ed Oertel nelle loro esperienze sui muscoli hanno trovato una infiammazione emorragica, onde la questione restò pregiudicata nel senso che i fenomeni consecutivi si riferirono alla setticoemia. Ci è però una curiosa osservazione del Paterson, la quale farebbe inclinare alla possibilità di trasmissione per diretta inoculazione delle false membrane: un uomo mise il suo dito in bocca ad un ammalato di difterite, il dito portava una lesione di continuo; su di questa si sviluppò una membrana difterica. Le inoculazioni col sangue sono riuscite negative: lo stesso risultamento che si ha a registrare per malattie infettive, il carattere delle quali è meno dubbio. Ora senza negare i pochi casi riferiti di riproduzione del morbo dopo scalfitture accidentali ed accidentale inoculazione di sangue, non si può obliare che coloro i quali subirono queste tristi conseguenze erano esposti, allo stesso titolo, alla influenza generale del contagio, respirando cioè un'aria contaminata dalle escrezioni e dai prodotti di esalazione.

Come tutte le malattie infettive, la difteria ha pur essa un **periodo d'incubazione**, il quale è assai breve e voi lo potete valutare da 2-3



giorni. Questa data noi l'abbiamo ricavata dalla notizia esatta del contagio avvenuto in individui che, stando sotto la più scrupolosa osservazione, si doveano ritenere perfettamente sani.

Le visite ai bambini infermi si fanno assai volentieri dalle famiglie; ebbene è provato che i piccoli infanti, portati a contatto d'infermi di difteria, dopo solo 2 giorni hanno presentata tracce del male. Si sa di una bambina di 6 anni, la quale ritornò nella sua casa dopo 5 settimane d'assenza e trovò un suo fratellino minore con mal di gola svolto la stessa mattina. Nel giorno seguente, la difteria era evidente in entrambi. A me personalmente consta che in una medesima casa qualche bambino che vi ritornò, trovando infermi i suoi fratellini, ebbe, in un elasso di 48 ore o meno, a venirne contagiato. Ma è vero ancora che sotto speciali condizioni questo periodo si può allungare e si arriva ad un maximum di 15 giorni. In emergenze simili, voi logicamente potreste ritenere (col Mackenzie) che i germi morbosi possano restare nelle persone che ne saranno affette un tempo maggiore di quello consueto. Vi sono casi attentamente osservati riguardanti individui i quali non ebbero che un unico contatto e dopo quello la malattia esplose, con la scadenza di 1-2 settimane.

Lo studio delle *cagioni predisponenti* è facile, è breve, è importante, giacchè noi vi troveremo elementi che sono assai necessari allo sviluppo della malattia. Comincio dall'età. È risaputo, e tutte le statistiche concordemente lo provano, che la difteria è una malattia prevalentemente della età bambina. Se riscontrate le statistiche dei più solerti, potrete ritrovare costantemente che il maximum è fornito dagli individui dai 2 ai 10 anni di età. Anzi studiando bene le cifre, potreste dimezzare questo periodo in due epoche, cioè da 1 a 5 anni, e da 5 a 10, e vedreste che il massimo dei casi cade appunto nel primo periodo; al di sotto di un anno i casi sono rari ma non impossibili. Io stesso ricordo, in una bambina di 40 giorni appena, la difteria ed il crup che la menò a morte. Dopo i 10 anni, la malattia comincia ad essere più rara, ma comprendete che non è infrequente.

Difatti nelle epidemie che hanno travagliato la nostra Napoli, noi abbiamo assistito non solo alla strage che ha fatto di tante tenere vite, ma ancora ad attacchi micidiali o pericolosi di persone adulte. Dopo i 45 anni comincia una declinazione che trova il suo riscontro nel primissimo periodo della vita. Però sin nel sessantesimo anno sono registrati casi, ed io ne ricordo uno non dubbio: sono esempi classici, esempi nei quali la malattia infierì con tutto il suo rigore.

Si è detto che la difteria fosse prevalente nel sesso femminile, come il crup lo è nel sesso maschile. Giudiziosamente il Mackenzie ci fa riflettere che, poichè oggi incliniamo a ritenere il crup e la difteria la



medesima cosa, l'una cifra compensa l'altra, e si può ritenere che sia una malattia egualmente divisa pel sesso femminile e pel maschile. Ci sono però famiglie che presentano una speciale predisposizione, quella che noi chiamiamo suscettibilità familiare. In Inghilterra, presso di noi, in Francia, non mancano esempi del genere; voi stessi avrete occasione di osservare, come ho visto io, che ammalano di una medesima famiglia tutti i membri, e le persone di servizio che non hanno con questi affinità di sorta ne restano esenti. Sono registrati casi di nutrici che videro ammalata la propria prole, rispettata quella che avevano ad allattare. Nuovi dubbii su questa speciale disposizione che noi vediamo tanto accentuata anche in altre malattie, e specialmente nella tubercolosi.

Posizione sociale — Si è detto che la mancanza d'aria, di luce, l'alimentazione scarsa, il sudiciume, l'agglomeramento potessero avere speciale azione nel predisporre alla malattia, ma se questo è vero in tempi normali, in condizioni epidemiche non lo è affatto. In Inghilterra, nobilissime famiglie sono state distrutte dalla difteria, come tra noi abbiamo visto in quelle più agiate inferire e menar strage l'angina difterica.

Condizioni locali — Ci sono speciali condizioni gutturali che favoriscono lo sviluppo della malattia? Noi qui dobbiamo fare le stesse considerazioni che faremmo per altre malattie infettive, esempio, il cholera. Che cosa vediamo sotto l'influenza di una epidemia cholerosa? Che coloro i quali sono soggetti a catarri intestinali ne infermano a preferenza. Così per la difteria, i bambini che hanno tonsille grosse, cronici catarri gutturali, tendenza a catarri laringei, sono quelli che pagano un largo tributo all'angina difterica. Però voi non potreste tradurre questo canone clinico in un altro assoluto, che suonasse così: « la difteria si sviluppa in individui con grosse tonsille e con catarro gutturale ». Questo, che sarebbe un errore, v'impone nondimeno l'obbligo di curare e sorvegliare i bambini che presentano queste alterazioni, quando ricorre epidemia di angina difterica.

In tai casi la difteria è primaria, i germi morbigeni, trovando speciali condizioni favorevoli, determinano la malattia. Alle volte, invece, precede un altro processo morboso: sono i casi di **angina difterica secondaria** che finora sono stati osservati dopo scarlattina, morbillo, tosse convulsiva, sifilide, vaiuolo, orticaria, bronchite, polmonite, pleurite, tubercolosi, cachessia, e secondo talune osservazioni mie anche dopo metrite puerperale. La prevalenza di coincidenza sta però per la scarlattina, tanto che taluni autori hanno emessa la opinione di una possibile identità tra le due malattie. Difatti il Wiedasch ne parlò, ed il nostro Barduzzi di Pisa, ritornando sulla questione, la metteva in termini così precisi che io son tentato di dirvene qualche cosa. Si è detto: nella scarlattina abbiamo una malattia zimotica nella quale ci ha prevalenza di fenomeni infiammatorii da parte della gola, una malattia nella



quale abbiamo altre successioni morbose, la nefrite. Che cosa succede nella difteria? La medesima cosa: l'angina iniziale e la nefrite consecutiva. Aggiungete la ricorrenza epidemica comune ad entrambe, aggiungete la mancanza di esantema e la presenza di angina, e vedrete che i punti di contatto sono moltissimi. Ma voler ritenere identica la malattia significa commettere una esagerazione. Senza dirvi che potremmo ritenere vera la cosa sol quando fosse dimostrato che l'una malattia può produrre l'altra, io vi accennerò che i caratteri clinici non concorrono in favore di questa identità. Nella scarlattina, se dopo pochi giorni comparendo l'esantema la febbre cede alquanto, essa si mantiene elevata e costante, come non è vero della difteria. Se l'una malattia potesse ingenerare l'altra, la distribuzione geografica dovrebb'essere uguale per entrambe, mentre nell'Australia e nell'India si conosce la difteria, ma non la scarlattina. Studiate un poco le epidemie e voi vedrete che la scarlattina segue la sua parabola, batte la sua via, e la difteria descrive per conto proprio il suo ciclo. Nello stesso paese, in una stessa contrada, voi sarete in grado di poter chiaramente riconoscere le due forme. Ora finchè non sarà sperimentalmente dimostrato che i germi morbigeni, i quali costituiscono l'elemento efficiente della scarlattina, possono determinare la difteria, questa ipotesi sulla identità dei due morbi resta appena verosimile.

L'angina difterica ha per proprietà di comparire e scomparire in dati periodi, e accompagnando queste alternative nella storia abbiamo potuto renderci conto di certi periodi di quiescenza. Invocando l'assopimento del germe, la sua grande resistenza e le condizioni che ne favoriscono lo sviluppo, noi abbiamo spiegato perchè la malattia, da tempi remotissimi, sia arrivata sino a noi. Così pure ci rendiamo conto perchè, senza cagioni apparenti, ora infierisce il male ed ora tace, mentre tutto fa temere che dovesse esplodere con forza e virulenza.

Un'ultima considerazione. Come tutti i morbi infettivi, la difteria induce una certa **protettività**, nel senso che chi l'ha una volta sofferta difficilmente ne ammala una seconda volta. Ciò non può tradursi in un principio assolutamente vero; io ricordo casi di recidive multiple in medesimi individui. Ricordatevi però che non bisogna essere troppo corrivi a credere a queste recidive, perchè ordinariamente la comune dei medici confonde le tonsilliti infiammatorie con la vera difteria. Ricordatevi che le forme miti facilmente recidivano, mentre le gravi, se non ammazzano, conferiscono la immunità. Tenendo presenti questi particolari, facendo attenzione a tutti questi modi onde la difteria può trasmettersi, sarà nelle vostre mani, voi che siete chiamati presto all'esercizio, il segreto onde poter limitare la strage di questo terribile morbo, ciò che forma il desiderato del medico, la nostra principale aspirazione.



## LEZIONE OTTAVA

### III.

#### Note anatomiche — Patogenesi.

**Sommario.** — La falsa membrana: che sia, di che fatta, di quali proprietà fornita. — Stato delle parti su cui sorge e delle circostanti. — Biologia. — Alterazioni anatomo-patologiche dei vari organi ed apparecchi. — Patogenesi. — È morbo infettivo. — L'infezione è primaria o secondaria? — Ragioni per sostenere l'una o l'altra. — Ragioni cliniche ed etiologiche che ci fanno essere partigiani della prima ipotesi. Con l'infezione primaria c'è pure una secondaria, o altrimenti c'è una infezione centrifuga che origina il morbo, ed una centripeta che ne è conseguenza (Massei). — I parassiti non determinano l'infezione; perennano solamente il processo.

SIGNORI,

Ho definito la difteria una malattia infettiva trasmissibile, la quale ha per **note anatomiche** culminanti la presenza di un essudato membranoso. È necessario occuparci un poco di questo prodotto e dello stato dei tessuti da cui esso parte.

La falsa membrana, distaccata dalle regioni sovra cui si forma, appare secca, coriacea, elastica; ma, stirata fortemente, si rompe nel senso trasversale; ha colorito giallo o bianco-grigio, ovvero oscuro: quest'ultima modificazione è esclusivamente dovuta alla presenza di sangue nei diversi elementi che la costituiscono. Ha uno spessore variabile da un sottile foglio di carta a quello di un cuoio abbastanza doppio, vuol dire che in certe circostanze raggiunge lo spessore di 2-3 millimetri. Ha forma ed estensione varia, e certe volte si modella sulla parte da cui si origina, onde dal suo aspetto possiamo talora argomentare la sede da cui si è staccata.

Le false membrane sono insolubili nell'acqua non solo, ma non le cedono nè albumina, nè gelatina; sono insolubili nell'etere e nell'alcool, e si dissolvono sotto l'azione degli alcali caustici, la potassa e la soda caustica, l'acqua di calce, nonchè l'acido lattico ed il bromo. Se



prendete una falsa membrana e la mettete in un tubo da saggio, aggiungendovi un po'd'acqua di calce, a capo di 2-3 ore essa scompare, ed invece si trova un residuo che al microscopio lascia vedere certi elementi cellulari. L'acido acetico la gonfia, come accade per la fibrina, e sono questi caratteri esterni quelli che hanno accreditata l'opinione che essa potesse risultare da coagulazione di fibrina, opinione alla quale inclinano ancora parecchi moderni, tuttochè l'esame microscopico ce ne faccia di molto allontanare. Per vero, se sottoponete alle lenti del microscopio una falsa membrana, avrete presto a convincervi che risulta da proliferazione di giovani elementi cellulari, i quali provengono dagli strati più superficiali della mucosa irritata. I cangiamenti morfologici di questi elementi cellulari si riferiscono a due punti capitali: alla degenerazione delle cellule ed alla fusione tra di loro. Gli elementi epiteliali ingrossano, aumentano il loro volume, e la materia che riempie questi elementi stessi appare più solida, onde le cellule sembrano solidificate, sclerotizzate, tumefatte e mandano numerosi prolungamenti che servono a fondere tra di loro i diversi elementi istologici. Se non che col tempo molti prolungamenti si riassorbono, ed allora rimane come sostrato della falsa membrana una specie di rete che serve a condurre i numerosi leucociti ed i globuli di pus. Questa degenerazione degli elementi cellulari è stata detta sclerosi, degenerazione vitrea, solidificazione, e concordano su questo punto il Rindfleisch, il Wagner e il Boldyrew, i quali tutti ammettono la origine epiteliale delle false membrane.

Vi ho detto che negli strati più superficiali vi sono cellule ipertrofiche, ed avrete ad osservarne di quelle che raggiungono due volte il volume dei corpuscoli linfatici. Ma notate, circostanza curiosa, a misura che procedete negli strati sottostanti, le cellule tendono a riacquistare il loro volume normale, e l'ultimo strato è fatto di cellule che per dimensioni rassomigliano molto alle ordinarie.

Oltre a questi elementi morfologici, certamente avrete a constatare la presenza dei parassiti; se non che, ora che vi faccio la descrizione anatomica delle false membrane, io sarò rigorosamente storico; vi racconterò i fatti per criticarli quando dovrò discorrere della patogenesi. Ebbene, i parassiti che si osservano appartengono all'ordine delle mucedinee o dei vibrioni, cioè parassiti che si riscontrano ancora in altre infezioni come per esempio nel vaiuolo, nel vaccino e sin nelle condizioni normali, onde la opinione di Eberth che senza micrococchi non vi possa esser difteria, è per lo meno intempestiva; ma su ciò ritornerò di qui a poco. Lo stato della mucosa sottostante varia moltissimo, nel senso che certe volte, distaccato l'essudato, trovate appena uno strato liquido sieroso, o sieropurulento che rappresenta il limite tra la falsa membrana e la mucosa



presso che integra. Altre volte ci ha perdita di sostanza, ulcerazione quando l'essudato si approfonda, e l'infiltrazione invade ancora gli elementi della mucosa: comprendete che, comprimendo i vasi e gli elementi cellulari, dalla ulcerazione si passa agevolmente ad una vera necrosi. Non crediate quindi che la necrosi dei tessuti sia carattere costante ed indispensabile per giudicare difterico l'essudato; noi in questo caso commetteremmo un errore anatomico, il quale ci condurrebbe assai lungi dalla verità, e, se io non agito ora certe questioni sulla identità tra crup e difteria, lo faccio perchè non intendo distrarre la vostra attenzione e perchè vi sarò obbligato quando discorrerò della difteria laringea.

In generale, però, può valere come regola che quante volte il tessuto da cui si origina l'essudato ha una membrana limitante, come nella laringe, esso è facilmente distaccabile, ed invece lo può essere difficilmente quando gli strati più superficiali si continuano coi profondi, come nella mucosa dell'istmo delle fauci.

Sinora abbiamo guardato la falsa membrana distaccata dal tessuto e lo stato delle parti che vi avevano dato origine: guardiamo ora un poco il modo di comportarsi di questa falsa membrana, cioè studiamone un po' la **biologia**.

Che cosa succede dopo che l'essudato si è formato? A proposito della sintomatologia vi dirò come si organizza la falsa membrana, vi dirò che sono punti sparsi i quali a mano a mano confluiscono ed aumentano di spessore. Ebbene a capo di un certo tempo, quando cioè gli strati più profondi preparano una novella infiltrazione, che sinora non è ben delineata nei suoi caratteri anatomici, tra la falsa membrana ed il tessuto si forma uno strato di cellule purulenti, che ha per missione di facilitare il distacco della falsa membrana. Quando l'essudato non è interstiziale, il distacco della falsa membrana è un fatto ordinario di questo processo patologico; e, poichè d'ordinario esso non si limita alla produzione di un solo strato membraniforme, voi avete da capo una novella essudazione che può restare entro i limiti primitivi, o può superarli di molto, donde la diffusione che è frequentissima verso il cavo naso-faringeo e la laringe; ovvero sotto favorevoli condizioni epidemiche riproduzione in altri siti, cioè la congiuntiva, la mucosa del condotto auditivo esterno, la vagina, l'ano, la cute.

Il processo di riparazione, quando non ha più luogo essudato, è subordinato alla intensità dei fenomeni; quando l'essudato cioè è superficiale, e quando vi è dato riscontrare l'epitelio cilindrico al di sotto, privo dei suoi cigli vibratili, non avrete a veder cicatrici; ma quando c'è necrosi, l'ulcera si trasforma in piaga, ed in corrispondenza della gravezza ed estensione del processo si ha una cicatrice più o meno ampia, annunciata dalla proliferazione connettivale. Riepilogando, noi possiamo dire



che l'origine delle false membrane potrebbe ridursi a tre capi: o una diretta trasudazione del plasma sanguigno con abbondante migrazione di leucociti, come hanno sostenuto taluni, e specialmente Steudener; o l'origine epiteliale, che è accreditata dalle opinioni di Rindfleisch e di Wagner; ovvero l'origine parassitaria, stante che molti ritengono che le macchie biancastre che iniziano la malattia, simili a brina, sono dovute alla presenza di parassiti.

Però le alterazioni che la difteria induce non si limitano punto alle false membrane, od agli effetti della flogosi nella mucosa sottostante; quando ci è dato praticar l'autopsia sopra individui morti di difteria, noi possiamo rilevare alterazioni multiple ed interessanti in quasi tutti gli organi. Ed io ho il dovere di farvi questa enumerazione, giacchè dallo studio anatomico deriverà spontanea la nozione del concetto patogenico del morbo, onde discutiamo.

Comincio dalla parotide e dalle glandole sotto-mascellari che tanto volentieri prendono parte alla malattia. Le alterazioni macroscopiche si riducono ad un aumento di volume delle glandole, ad un aspetto più rosso delle medesime, ad una infiltrazione siero-purulenta del cellulare periglandulare. Vi ricorderete che questo che dico trova riscontro in quel gonfiore pastoso che sogliamo vedere in individui gravemente colpiti. Al microscopio si ha a constatare che le cellule degli acini sono aumentate di volume, e ripiene di una materia mucosa omogenea; ci ha inoltre aumento numerico di piccole cellule rotonde che le rimpiazzano, nonchè raccolte purulenti, cioè veri e piccoli ascessi. Lo stesso può valere per le glandole più lontane che possono prender parte al processo.

Nei polmoni e nei bronchi, a prescindere da quelle alterazioni che sono la conseguenza di laringo-stenosi svolta per diffusione del processo alla laringe, abbiamo una tendenza marcata alla infiammazione catarrale della mucosa bronchiale, ed una tendenza non meno spiccata all'essudazione membraniforme in quei bronchi che hanno direzione verticale. Anzi è stato notato che, quante volte v'ha un'aderenza pleurica, l'essudazione membraniforme ha luogo nella direzione di quei bronchi che vanno verso quel punto retratto, e vi può essere stasi ed edema alla base dei polmoni, come in ogni malattia infettiva, e poi quella pneumonite lobulare e quei nuclei atelectasici che si debbono mettere a conto di un processo che si avvanza verso le vie respiratorie inferiori, specialmente del crup laringeo.

Cuore e sangue. — Certe volte il cuore non offre alterazioni di sorta, ma quando l'infezione è stata grave, la carne cardiaca appare flaccida, ed al microscopio si vede che le fibre muscolari sono degenerate in grasso. Il sangue certe volte è fluido, scorrevole; certe altre presenta una particolare tendenza a formare grumi, onde le cavità cardiache sono piene



di grumi sanguigni che ci rendono conto alle volte della morte istantanea. Vi prego di accompagnarmi nella descrizione di queste lesioni anatomiche. Coloro i quali hanno creduto di colpire un certo rapporto tra la stratificazione di false membrane alla superficie della mucosa e la facilità di coagulazione della fibrina del sangue, hanno affermato maggiormente questi rapporti, ed hanno detto: quello che accade alla superficie della mucosa deve avvenire analogamente nell'interna cavità del cuore, essendo una e medesima la causa. Altri sono andati più in là, e tra questi il Labadie-Lagrave che ha descritto una endocardite nel senso più rigoroso della parola. Egli avrebbe dimostrato che molto volentieri nella difteria si attua una infiammazione della valvola mitrale e specialmente della sua superficie libera, infiammazione che avrebbe per nota culminante la formazione di piccole granulazioni a pochi millimetri dal suo bordo libero, donde facilità di depositi fibrinosi sulla medesima e facilità di emboli grossi e piccoli, i quali da una parte ci spiegano la morte istantanea, e dall'altra quei piccoli ascessi in varii organi, specialmente nel polmone e nel cervello, che sono stati osservati. Questa teoria però è stata oppugnata e negata dal Parrot, cosicchè senza rifiutar valore alla possibilità di questo fatto, e a tutte le note concomitanti dell'endocardite, essa rimane una ipotesi che non possiamo accettare se non se con la massima riserva. Pur ritenendo che nella metà dei casi si sono trovati nella cavità cardiaca grossi grumi; pur ritenendo, come assume Beverley Robinson, che la trombosi cardiaca abbia segni fisici che possano farla riconoscere in vita, queste osservazioni non possono valere come fatti certi ed assoluti per ispiegar la morte.

Milza e fegato.—Queste glandole non presentano nella difteria notevoli alterazioni, ed in clinica infatti è difficile che voi possiate constatare aumento di volume della milza o del fegato: però sul cadavere, anche quando la capsula della milza non è distesa, la polpa appare maggiormente iperemica e sulla capsula si possono vedere piccoli punti emorragici. Non così dei reni, i quali, se spesso sono gonfi ed iperemici, fanno talora rilevare le note classiche di una nefrite cruppale, della quale vi dirò nella forma clinica qualcos'altra.

Sembra che l'affezione difterica non abbia grande predilezione per le vie digerenti, e così noi o non abbiamo contezza, o qualche vaga notizia sulla possibilità di essudati membranosi nello esofago. Ma nello stomaco si sono osservate ulcerazioni di carattere necrotico, ed io dubito che lo stesso non possa aver luogo per l'intestino, giacchè posseggo due osservazioni nelle quali son convinto che dovette accadere perforazione dell'intestino, essendo gl'infermi soccombuti nella convalescenza, per una rapida e letale peritonite.

Debbo dirvi pure qualche cosa delle lesioni cerebrali e nervose. Dico



qualche cosa, giacchè le paralisi difteriche formeranno particolare obietto di studio. Qui vi accenno che, indipendentemente dalle stasi che accadono nella morte per asfissia, vi sono due lesioni che reclamano tutta la nostra attenzione, e queste sono: o stravasi puntiformi sulla sostanza cerebrale e sul nevrilema, o scomparsa e degenerazione della sostanza nervosa, sicchè il nevrilema non contiene se non cellule granulose e linfoidee, e nuclei. Vi ricordo però che una speciale predilezione ad ammalare pare sia fornita dai gangli del simpatico, come vediamo le paralisi maggiormente svilupparsi nella sfera dei muscoli animati in parte dai gangli del simpatico medesimo.

Signori — La non breve enumerazione delle note anatomiche che vi ho fatto, aveva uno scopo: quello cioè di far nascere spontaneo e chiaro nell'animo vostro il **concetto patogenico** della malattia. È appena necessario dire che gettando un colpo d'occhio d'insieme su queste lesioni anatomiche, noi ci persuaderemo facilmente che la difteria è una malattia infettiva; la molteplicità e la natura delle lesioni, la nobiltà di certi organi compromessi, lo provano ad oltranza. Difatti sarebbe ozioso dirvi che oggi questo concetto dell'infezione si accetta concordemente: la questione dibattuta, la questione palpitante ancora d'attualità è il sapere se l'infezione è primaria o secondaria, se cioè si tratti di un agente morboso che inficci il sangue primitivamente, di un virus specifico che alteri la crasi, oppure se dobbiamo ritenere che prodotti morbigeni, parassitarii o no, provenienti dalla località, penetrando attraverso la corrente linfatica e sanguigna alterino il sangue. Queste due teorie contano entrambe valenti sostenitori, e non è a dire che si possa considerarla una questione esaurita: io vi enumererò quali sono i criterii che ci autorizzano ad inclinare all'una piuttosto che all'altra teorica, non dissimulando le contraddizioni che si sono messe avanti.

Per esempio, indipendentemente dalla tendenza odierna alla origine parassitaria, ci sono due elementi che accreditano l'idea dell'infezione secondaria. Prima di tutto la presenza dei parassiti i quali, siano comuni o specifici, esistono in realtà. Noi dovremmo far man bassa di un fatto che il microscopio ci ha svelato, per negarlo, o dire che resta lì, come innocente prodotto. Secondo: non solo i parassiti esistono in queste forme specifiche, ma in altre flogosi di carattere comune non si trovano punto; nell'angina semplice infiammatoria, nella stomatite mercuriale, invano andreste alla ricerca di un solo di questi parassiti, e non solo, ma essi si moltiplicano se il processo difterico si aggrava, scompaiono se si dilegua (Oertel). Sono due argomenti serii, due argomenti che in verità non possiamo interamente abbattere, ma sono troppo pochi per sostenere con fondamento la infezione secondaria. Aggiungete che Oertel ha accompagnato questi parassiti nel loro cammino, fino negli elementi



cellulari, nei vasi linfatici e sanguigni, e pare che si sian perfino veduti nel sangue dei difterici. A combattere questa teoria, credo che possiamo mettere avanti taluni criterii clinici e taluni etiologici. I criterii clinici sono i seguenti: 1) presenza della febbre. Quando vi parlerò della sintomatologia, vi dirò che la febbre è uno dei caratteri più costanti: non so se in altre regioni del mondo, sotto speciali rapporti, il male possa restare limitato alla località, ma il gran numero di osservazioni mie ed altrui provano che vi ha febbre e che questa precede ogni altra manifestazione. 2) Altezza della febbre. Lo studio preciso del ciclo termometrico prova che la febbre nella difteria è alta come nelle malattie primariamente infettive. 3) Uno degli elementi che Oertel mette avanti per convalidare la teoria parassitaria, è lo stesso che gli si schiera contra, cioè l'ingorgo glandolare. Voi osserverete infermi nei quali, prima che comparisca l'essudato sulle fauci, vi ha gonfiore delle ghiandole sotto-mascellari. In questo caso, è l'agente morboso che ha operato direttamente sulle ghiandole? Comprendo che i parassiti possono annidarsi nelle cripte delle tonsille, restare latenti un pezzo o sconosciuti, ma se si è detto che l'ingorgo ganglionare dipende dal loro moltiplicarsi e dalla loro penetrazione attraverso i linfatici, è troppo giusto che anche alla superficie della mucosa trovassimo fenomeni avanzati di un prodotto non dubbio, la presenza e la vegetazione di parassiti. 4) Certe volte questo ingorgo è in assoluta sproporzione col guasto locale. Voi alle volte ispezionando le fauci non trovate che scarso essudato e scarsi fatti locali: come spiegare questa sproporzione? 5) Ancora più; assenza completa di essudato: come vi dirò nella forma clinica, i casi di *diphtheria sine diphthera* sono accettati perfettamente. Lo prova lo studio attento dei fenomeni, dell'etiologia, il decorso del male, e l'autorità dei più valenti clinici. 6) Albuminuria. Io vi dirò che sarà saggio consiglio tenere nelle vostre mani sempre pronto l'acido nitrico ed il calore per vedere se vi è albumina nelle urine. Nel primo momento v'è un'albuminuria transitoria, ciò che prova che questo inficiamento si è già compiuto e per tutt'altra via che dalla località.

Ma non solo i criterii clinici parlano in favore di una infezione primaria, bensì quelli etiologici. Coloro stessi che hanno descritto, riconosciuto e constatato i parassiti nelle false membrane, non hanno saputo individualizzarli al punto da dire: ecco l'elemento peccaminoso, ecco il vero agente produttore della difteria. Taluni vi continuano a dire che sono mucedinee e batterii, simili a quelli di altre malattie infettive; altri dicono che sono piccoli micrococchi, batterii sferici e le più piccole forme del cosiddetto *bacterium termo*. Letzerich descrive un altro fungo che chiama *zigodesmus fuscus*, *tilletia diphtheritica*. Karsten sostiene invece che gli elementi cellulari che si credono parassiti, non sono al-



tro che cellule di detrito le quali vivono in mezzo ai tessuti, senza crescere o moltiplicarsi come i parassiti. Mancanza d'individualizzazione di questi stessi elementi che s'invocano come causa del male. C'è di più: il Barduzzi, essendosi data la pena di fare delle numerose ricerche sulle false membrane, ha trovato, come il Mackenzie, che si trattava di *leptothrix buccalis*, che sapete essere un parassita innocente; altre volte invece di *oidium*; altre di *criptococcus diplosporum*, o *fuscum*, che non hanno nessun'azione morbigena speciale. Aggiungasi che lo stesso Letzerich ha coltivato questi parassiti ed ha confessato che quelli della seconda e terza generazione, inoculati, non producevano fenomeni dissimili dalle mucedinee, cioè sintomi setticemici, come vediamo in altre condizioni patologiche.

Dunque la teoria parassitaria (che venne per la difteria in mente al Laycock, e fu caldeggiata poi da Jodin, Hueter, Tommasi, Giacchi, Eberth e quelli che vi ho citati); che si deve fondare sulla presenza di un parassita ben conosciuto e ben determinato, è essa stessa che ci lascia nell'incertezza, perchè non lo sa declinare, nè descrivere. Noi, oggidì, involti dalla corrente di un incessante progresso, vogliamo la prova sperimentale. Non basterà che mi abbiate detto che l'angina difterica è una malattia parassitaria, bisogna che lo dimostriate, e questa prova si fa con l'inoculazione. Ebbene ricordate che queste inoculazioni, con le false membrane o col sangue, sono equivoche: so bene che lo stesso rimprovero si potrebbe rivolgere ad altre malattie infettive, ma questo elemento essenziale, questa dimostrazione classica, manca. Noi non possiamo affermare che veramente la difteria sia malattia parassitaria. Un altro criterio etiologico è questo; cioè, che le più pronte cure locali, i rimedii antiparassitarii più energici e meglio conosciuti, non valgono ad arrestare la malattia, la quale decorre inesorabilmente per la sua fatale china.

Per analisi differenziale, noi dovremmo carezzare invece l'idea della infezione generale. Io sono di opinione che nella difteria si tratti veramente di una infezione primaria, e se non l'ho potuto direttamente provare, mi son servito di un'analisi eliminativa per arrivarvi. Dico però che uno studio attento dei sintomi e delle lesioni anatomiche prova che dobbiamo distinguere nella difteria due infezioni: una primaria, una iniziale che tende a produrre sulla mucosa dell'istmo delle fauci e sulle altre, la sua manifestazione classica; un'altra che tende ad incentrarsi, ad avvelenare l'organismo, ed è forse la cagione vera ed ultima della morte. Non ho bisogno di dirvi che piccole quantità di pus e di detrito, riassorbite nel sangue, possono destare fenomeni tumultuarii; dico solo che nei prodotti della difteria abbiamo ad oltranza elementi per sostenere questo possibile; che le false membrane, esposte al contatto del-



l'aria, facilmente imputridiscono, e gli essudati purulenti che troviamo al di sotto, riassorbiti nel sangue, sono bastevoli ad avvelenare l'organismo. Io ho chiamato la prima infezione *centrifuga*, la seconda *centripeta*. Nella prima, il sangue infetto nutrendo malamente gli organi ed i tessuti dà segno di sè con speciali manifestazioni: la febbre, l'albuminuria transitoria, l'essudato; nell'altra i prodotti formati, che tendono a migrare verso i centri, riavvelenano l'organismo, ammazzano l'individuo (auto-infezione, reinfezione).

E di questi parassiti che cosa faremo? State tranquilli: io son dispostissimo ad accordar loro il massimo onore. Io credo che la teoria parassitaria in generale avrà vita e vigore, ma sempre che noi non faremo esagerazioni e le assegneremo il posto che le compete. Sottoponete al microscopio un infiltrato tubercolare ed uno sifilitico, e ditemi se il solo microscopio basterà alla diagnosi. Fate l'analisi di un tumore che parte da glandole linfatiche, e ditemi se soltanto le piccole cellule rotonde che vedete, basteranno per una diagnosi precisa. A me sembra che il crollo dato alla vecchia medicina si accentui sempre più: oggi la clinica ed il microscopio stanno al loro posto in un felice connubio. Per ritornare ai parassiti, io opino che la loro presenza negli essudati difterici abbia una certa azione, ma questa unicamente per perennare il processo locale, per facilitare il processo di decomposizione nel quale trovano terreno fertilissimo; non posso sostenere, giacchè me lo vieta il rigore scientifico, che siano queste spore, innocenti e variamente denominate, quelle che sostengono l'infezione difterica, ma non so affermare che la loro presenza sia casuale od innocua: sono legna che, gittate nel fuoco, fanno divampare l'incendio con furia maggiore.

---



## LEZIONE NONA

### IV.

#### Sintomi.

**Sommario** — Sintomatologia—Suddivisione della difteria faringea in sette forme: tipica, abbreviata, abortiva, infiammatoria, maligna, gangrenosa, cronica.—Analisi dei singoli sintomi: febbre, albuminuria, essudato, anoressia, disfagia.

SIGNORI,

Se ho giustificato la trattazione della difteria faringo-laringea per il fatto che raramente avremmo avuto occasione di vederne casi nell'ambulatorio, è troppo giusto che mettessi ogni cura, ora che debbo parlarvi della **sintomatologia**. Sappiamo che la difteria è una malattia infettiva, capace di produrre manifestazioni in sedi diverse: le fauci, il naso, la laringe, le labbra, la lingua, le guance, la congiuntiva, il condotto acustico, l'ano, la vulva, la cute. Qui io limito però, e per ragioni facili a comprendersi, il mio compito: vi discorrerò dei sintomi della sola angina difterica. Quelli della difteria nasale e laringea saranno da me trattati separatamente.

Potrei analizzare i sintomi e riunirli poi, ma tradirei il mandato di delineare a contorni netti il quadro morboso: preferisco tratteggiare la scena, e poi ritornare sui sintomi differenti, e discuterli più ampiamente e più opportunamente che potrò.

Voi intravedete che la limitazione e la diffusione del processo, la prevalenza dei fenomeni locali sui generali, il modo di decorrere e l'esito che sortono, hanno fatto creare delle suddivisioni. Io vi proporrò quella del Mackenzie, che mi pare la più esatta tra quante ve ne siano, salvo qualche modificazione che ho creduto apportare, consigliato in ciò da mie personali osservazioni. Distingueremo adunque sette forme: 1) la tipica, che servirà a farci acquistare un concetto esatto della malattia; 2) la forma abbreviata, o mite, che si chiama anche catarrale ed a cui volentieri io aggiungo; 3) la forma abortiva; 4) la forma infiammatoria; 5) la maligna; 6) la gangrenosa; 7) la forma cronica.



1) *Forma tipica* — Senza dilungarmi sui prodromi, che sono analoghi in tutte le infezioni (malessere, inappetenza, cambiamento d'umore) e che coincidono col periodo d'incubazione e in media durano da 2-5 giorni, abbiamo l'invasione propria della malattia che s'accentua con un forte accesso di febbre. Come succede per i processi febbrili originati da altre cause, questo accesso è accompagnato molto frequentemente nei bambini da vomito, cefalea, vertigini. Ben presto questi fenomeni sono vinti, specialmente negli adulti, da altri che diventano più o meno manifesti, cioè le localizzazioni gutturali, dolore nell'inghiottire, secchezza delle fauci, ispezionando le quali si nota un rossore più o meno limitato, più o meno intenso che colpisce le amigdale, i pilastri, il velo, la parete posteriore della faringe. Se ritornate all'esame diretto, dopo poche ore, vedrete iniziarsi sulle amigdale, a preferenza, la formazione di un essudato biancastro, grigio-sporco o gialliccio, sotto forma di punti sparsi, isolati, che tendono a riunirsi ed a confluire. E questi essudati che prima limitati tendono poi a convergere a misura che cresce la forma morbosa, come il rossore sono circoscritti ad un lato della gola, non presentando la diffusione se non più tardi. Nove volte su dieci la forma comincia dalle amigdale, e queste si veggono tumefatte, rosse e sporgenti verso la linea mediana. In questa forma classica, eccezionalmente il processo parte dalla parete posteriore della faringe, dal naso o dalla laringe, offerendoci così esempi di difteria nasale o laringea primitive.

Se si tratta di bambini, la scena sintomatologica della febbre domina sulla località, ed il dolore, talfiata vivace, è sconosciuto spesso, sino nei più grandicelli. Questo è il primo periodo, o stadio catarrale, difficile a diagnosticare, in quanto le note poco si discostano da quelle di una ordinaria angina, e l'essudato non ha ancora segni caratteristici.

Succede a questo stadio catarrale quello essudativo, in cui il prodotto morboso è abbastanza patognomonico dell'affezione. Gli essudati, che partono da diversi punti delle amigdale, si riuniscono e formano uno strato uniforme, che sarà più tardi la falsa membrana, la quale a misura che aumenta in estensione, guadagna pure nello spessore, formando come delle vere cotenne. I fenomeni di dolore nel deglutire e l'aridità delle fauci cedono alquanto, e danno luogo ad un bisogno continuo di sputacchiare, e di molesta salivazione, sia per espellere fuori le false membrane che si staccano a brani, sia perchè per un'azione riflessa si può destare ipersecrezione salivare.

Procedendo avanti, l'essudato guadagna in estensione ed invade i pilastri, il velo, la cavità naso-faringea, i dotti lagrimali, le tube, la laringe. Quando il lavoro di eliminazione procede facile, si ha espulsione di queste membrane, mentre si prepara nuova formazione di altre. Se



poi il processo tende ad aggravarsi, muta il carattere dell'essudato e quello delle parti sottostanti; onde se prima era integra la mucosa, con semplice sfaldamento epiteliale, nei casi gravi si ha infiltramento degli strati mucosi profondi e distruzione di tutta la mucosa, ciò che oltre al mostrare la gravezza della lesione in loco, rappresenta pure la via per cui i prodotti morbigeni vengono riassorbiti e penetrano nell'organismo. Il colorito bianco dell'essudato si muta in grigio-sporco o nerastro, l'alito divien fetido, la febbre si mitiga, o cede del tutto dopo pochi giorni, mentre succedono profusi sudori; ma se questa continua alta, allora è segno che il processo si dilata, e dall'istmo delle fauci, e dalla gola invade la bocca, la lingua, il palato duro, ecc.

A questo secondo stadio fa corona l'ingorgo glandolare, mite o diffuso, irritativo o infettivo che sia. Ci sono circostanze in cui le glandole sottomascellari sono dolenti alla pressione e si ravvisano bene al tatto. Altre volte la tumefazione coinvolge il tessuto periglandolare ed allora è pastosa, molle e deforma il collo, dacchè non lascia più vedere le linee di demarcazione, fatte specialmente dai muscoli sterno-cleido-mastoidei, per modo che quei bambini presentano un collo grosso come per enorme polisarcia, mentre sono in realtà gracili, sparuti e cachettici. In questo periodo sono possibili due soluzioni: guarigione o morte. Nella prima, il processo essudativo si arresta ed uno riparatore s'incarica di mitigare i guasti prodotti dalla malattia, ben inteso che l'essudato può certe volte restare più o meno aderente in qualche punto. Nella seconda, i prodotti si riassorbono, i fenomeni d'intossicazione prevalgono e si possono avere, oltre che emorragie dal naso e nella cute, sintomi tifoidei, coma, insonnia, e si può morire di botto, o per trombosi cardiaca o per sincope.

Gli altri sintomi collaterali, il fetore dell'alito, la sanie che cola dalla bocca, il colore grigio-sporco dell'essudato, l'aspetto terreo della cute, si accentuano più o meno con diversa gravezza. Questa forma così assolve il suo ciclo in 7-14 giorni.

Se fate un parallelo tra i fenomeni generali del principio della malattia con quelli della fine, voi sarete colpiti da questo: che coi fenomeni di eccitazione fan contrasto quelli di depressione, come prova anche una volta il concetto patogenico che vi espressi nella passata lezione — la infezione primaria e la rinfazione dell'organismo, la infezione centrifuga e la centripeta — E questo è il terzo stadio.

2) Una forma mite, abbreviata di questo tipo classico descritto è la *catarrale*, a cui io aggiungo la forma abortiva. Vi sono casi in cui l'essudato è scarso, distaccabile, il corso breve, benigno, onde vi sembrerebbe persino strano chiamare l'angina con l'aggiuntivo di difterica se il decorso stesso, la violenza febbrile, l'ingorgo glandolare non vi facessero ravvisare una forma abbreviata dell'infezione che sta alla tipica,



come la febbre al tifo. Tutto termina in bene, dopo 3-4 giorni; epperò importa notare che il corso della forma catarrale può venir protratto unicamente perchè non sono invase contemporaneamente le due tonsille, bensì l'una sussecutivamente all'altra. Questa, talora, non serve che ad introdurre la forma tipica, ed allora il decorso si allunga corrispondentemente.

3) Nella *forma abortiva* manca l'essudato, e non resta che una lesione catarrale, la quale dobbiamo ritenere ligabile ad una infezione sol perchè appare in individui che hanno avuto contatto con difterici, e non sono punto esposti a cagioni reumatizzanti. Talvolta vi è pure l'essudato, ma è scarsissimo, giallo, puntiforme, non si riunisce in false membrane, si distacca facilmente quando vien toccato con un pennello. È per lo più afebrile e dopo 2-3 giorni termina con la guarigione.

4) Nella *forma infiammatoria* vediamo che prevalgono i fenomeni di flogosi della mucosa sottostante. Vi è febbre, ingorgo glandolare ed essudazione. Ma al di sotto e collateralmente si scorge vivace tumefazione e rossore: i pilastri sono gonfi, le amigdale di volume enorme, l'ugola edematosa, onde gl'infermi accusano grave disfagia e molestie considerevoli. Nè è strano che si arrivi sino alla formazione di un ascesso, così come ho potuto constatare più d'una volta. Coincide talora una flogosi reumatoide delle grandi e medie articolazioni (Jenner).

5) Nella *forma maligna*, sui fenomeni locali prevalgono i generali. In essa noi assistiamo ad un decorso ciclico molto celere, che mena inesorabilmente ad un esito letale, ed in cui è evidente la sproporzione tra i fatti generali ed i locali; quelli che ingigantiscono, questi che hanno appena il tempo di svolgersi. I fenomeni che dimostrano a preferenza quest'infezione grave sono: l'enorme ingorgo glandolare, l'abbassamento dei polsi, l'anoressia, le petecchie, l'epistassi, l'alito fetido e la pronta decomposizione dell'essudato, l'albuminuria.

6) La *forma gangrenosa*, una delle più gravi, è quasi sempre secondaria di altri morbi, specialmente della scarlattina. Ne è eccezione la forma primitiva. La necrosi si accentua in poco tempo con grave diffusione, tanto che in due giorni si può aver distruzione delle tonsille, di gran parte della parete posteriore della faringe e via. I sintomi generali vanno di pari passo col processo, onde collasso, coma, suggellazioni, asistolia, sincope. L'alito è fetido e vien fuori dalla bocca una secrezione viscida e sanguinolenta, che resiste a tutt'i mezzi disinfettanti che adoperiamo. L'ispezione diretta mostra chiaramente lo sfacelo delle parti, l'aspetto livido, il colore scuro degli essudati. Le glandole cervicali si tumefanno considerevolmente, la temperatura si abbassa, gli estremi si raffreddano, si muore di sincope o con fenomeni comatosi.



7) La *forma cronica* da ultimo è quella in cui i fenomeni generali spariscono e resta il fatto locale. Bene è che voi intendiate questo punto, dacchè spesso si vede scambiarsi questa forma con un'altra, quella che si perenna. Quantunque sia stata osservata da molto tempo, pure se ne deve la perfetta conoscenza a Cadet de Gassicourt il quale ne parlò in una sua memoria. Nella forma cronica della difteria si osserva più frequente localizzazione all'orecchio (otite), al naso (rinite), alla trachea (tracheite difterica).

Distinguiamo però le forme *croniche* dalle *prolungate*, a torto confuse da molti pratici. Supposto che l'essudato non si distacchi e la malattia si prolunghi per 2-3 settimane, mentre i fenomeni generali non si dileguano, ma si moderano, la difteria sarà in tal caso *prolungata*. La *cronica*, invece, non è la continuazione dello stesso processo, ma è fatta dalla presenza dell'essudato in un punto diverso da quello in cui era comparso la prima volta. La cronica dura settimane e mesi, e merita questo nome quando sono passate almeno 4 settimane dal primitivo attacco. Un chirurgo presentò corizza di carattere difterico, per 6 mesi, e non è raro vedere nei bambini tracheotomizzati per crup continuarsi una difteria tracheale, che è causa di ostacolo alla rimozione della cannula. Vengo ora all'esame dettagliato dei fenomeni più salienti.

a) *Febbre*. È uno dei sintomi più costanti e precoci. La scuola tedesca, che sostiene la origine parassitaria, crede che la febbre debba venire dopo i processi locali, e risponde alle obiezioni fatte in proposito osservando che i parassiti possono bene stare senza dar segni di loro, o si manifestano in siti ove non è possibile vedere i prodotti morbosi (coane). Sin da quando dal mio dotto e compianto maestro, il Prof. Waldenburg, io sentii muovere questi appunti, mi son data la pena di praticare diligentissimi esami locali, compreso quello rinoscopico, e mi son convinto che nella massima parte dei casi, per non dire in tutti, mancavano manifestazioni specifiche in siti reconditi. Ho poi praticato numerose osservazioni termometriche, ed ho conchiuso che la febbre è intensa e precede i fatti locali. Questi risultamenti, a cui son giunto, coincidono per buona ventura con quelli di Wunderlich, Trousseau, Faralli, Labadie-Lagrave. La febbre raggiunge rapidamente un acme di 40° C. e si mantiene a quest'altezza per 3-4 giorni; scende poi di un paio di gradi o va fino alla cifra normale. Le esacerbazioni della febbre coincidono o con una nuova localizzazione della malattia, o con complicanze. Io ho fatto centinaia di osservazioni sul decorso di essa, ed ho potuto formulare i seguenti corollari:

1) L'altezza della febbre non dice gravità del male. Casi di difteria catarrale, forme tipiche non gravi, possono accompagnarsi a temperature molto elevate, 40°C. e più; viceversa, casi gravissimi possono de-



correre quasi apirettici o con temperatura che scende anche al di sotto del normale.

2) La graduale discesa della temperatura è un carattere prezioso, perchè la persistenza della febbre dimostra che si perenna la malattia, o accadono recidive, o complicanze, ovvero manifestazioni in altre sedi.

3) Vi sono ascensioni febbrili senza apparente ragione e certe volte l'aspettativa resta frustrata. Non è possibile, in altri termini, ravvisare sempre la cagione vera di questo aumento. Dopo che la febbre è cessata, si può aver di nuovo un innalzamento di temperatura che dura un giorno e poi finisce.

4) L'abbassamento di temperatura, quando ha luogo insieme a diffusione di processo, con sintomi adinamici, è foriero della morte.

5) In certi casi vi sono periodi di euforia, e mentre si crede ad un miglioramento, si torna da capo.

Dal che si rileva che la febbre ed il suo ciclo, se non hanno una importanza pronostica, l'hanno sicuramente per il decorso, e possono avvertirci di manifestazioni in organi nascosti, specialmente i reni, o di complicanze. In conclusione la febbre preesiste, è compagna quasi costante dell'angina ditterica e son rari assai i casi di ditteria senza febbre.

b) *Albuminuria*. Senza che mi distenda a parlarvi della storia clinica di questo importante fenomeno, vi dirò che distinguo tre forme:

1) Una precoce, sin dal primo esordire della malattia e che si riscontra all'analisi chimica, ma non al microscopio. Questa albuminuria pare che giustifichi a puntino l'opinione del nostro illustre Prof. Semmola: forse per la infezione grave, l'albumina diventa non assimilabile, brutta, e filtra pei reni. Non ha alcun significato pronostico, ed è fugace.

2) L'albuminuria del secondo periodo, che ha la stessa importanza della precedente, in quanto che è pur essa una filtrazione, tuttochè lasci talora vedere al microscopio cilindri fibrinogeni ed epiteliali, conferma però che l'organismo è preda della infezione.

3) L'albuminuria della convalescenza tiene invece a lesioni anatomiche renali importanti; si tratta di una forma cruppale ravvisabile all'esame microscopico. Quest'albuminuria non suole annunziarsi nè con anasarca, nè con uremia. Bergeron e Moizard videro una volta edema polmonare, un'altra accessi eclampsici. Al microscopio si notano cilindri fibrinogeni ejalini, in parte degenerati. Raramente ematina.

c) *Essudato*. Noterò che può mancare o essere scarso, ma ciò non dice mitezza di processo, e può rappresentare in questi casi la cosiddetta ditteria *sine diphtera*. Può apparire in altri punti, dopo le fauci: nella laringe, nel naso, nella trachea, nei bronchi, eccezionalmente nell'esofago, nei dotti lacrimali, nella congiuntiva, nelle narici quando il punto di



partenza è il naso : può comparire nei capezzoli, nelle soluzioni di continuo della cute, e nelle mucose esposte all'aria.

d) *Eruzioni*. Con la difteria ponno coincidere eruzioni cutanee fugaci, che non desquamano mai, quelle che gl'Inglesi chiamano *rash*; è importante considerarle per i rapporti che la difteria ha con la scarlattina, giacchè si potrebbe essere tratti in inganno. Nel periodo tardivo è stata osservata una forma di pemfigo del volto.

e) *Ingorgo glandolare*. Suole riscontrarsi in due diverse forme : infiammatoria ed infettiva, che è fatta da infiltrazione siero-purulenta del cellulare peri-glandolare. La prima ha valore pronostico favorevole, l'altra importa moltissimo ed è di significato assai grave.

f) *Anoressia*. Distinta da quella che compare coll'invasione della malattia, con la febbre e che non merita lunga discussione, è la tardiva, grave espressione dell'infezione. È appena necessario aggiungere che non bisogna confondere la difficoltà d'inghiottire con la mancanza d'appetito; la prima non è mai così accentuata da menare all'inedia; l'altra è grave, ostinata, invincibile. C'è anche una anoressia della convalescenza, di significato pronostico non meno grave della precedente.

g) *Disfagia*. Nei bambini di tenera età non è avvertita, nè denunziata : prevale nelle forme infiammatorie e può tenere eziandio all'ingorgo glandolare, all'infiltrazione delle parti che fa ostacolo ai liberi movimenti. Però, anche con un grave processo locale può mancare, sicchè nei giovani soggetti, pur constatando libera la deglutizione, interessa ispezionare la gola, specialmente in tempi di ricorrenze epidemiche. Questa disfagia o non è la espressione dell'infezione, o è sempre meno grave dell'infezione stessa, ed invano voi potreste fondarvi sopra per tirarne un criterio diagnostico di qualche importanza; nel secondo periodo del male, in quello cioè nel quale gli essudati compaiono, si riproducono e moltiplicano senza che prevalga la forma infiammatoria, o cessa del tutto o si riduce a minime proporzioni.

Del decorso e degli esiti vi parlerò un'altra volta.



## LEZIONE DECIMA

### V.

#### **Decorso, Complicanze, Esiti, Postumi (Paralisi post-difteriche).**

**Sommario.** — Decorso ordinariamente acuto: talvolta cronico. — Da esso non si può trarre criterio alcuno per la prognosi. — Complicanze: polmonite, nefrite, poliartrite, endocardite. — Esiti: guarigione, morte o per esaurimento, o per sincope cardiaca o per paralisi postume. — Studio particolare delle paralisi. — Sono prevalentemente motorie. — Riguardo a sede ed a frequenza sono a menzionare quelle del velo, della faringe, dei muscoli dell'occhio, degli arti, della laringe, del tronco, della vescica, del retto. — Non sono, in generale, proporzionali alla gravità del processo: si verificano in proporzione del 10 %: compaiono per lo più nella convalescenza: 2-3 settimane, in genere, dopo l'infezione. Alcune sono patognomoniche. — Si dileguano nell'ordine onde compaiono. — Paralisi del velo. — Da che prodotta secondo Gerhardt, secondo Mackenzie. — Disturbi che conseguono nella fonazione, nella respirazione, nella deglutizione, nella nutrizione generale, specialmente se si aggiunge paralisi di senso della laringe. — Paralisi di quest'organo e disturbi funzionali cui dà luogo. — Paralisi dei muscoli dell'occhio. — Opinioni varie. — Debolezza muscolare, perdita di sensibilità tattile e termica degli arti inferiori. — Debolezza degli sfinteri anale e vescicale. — Paralisi degli arti superiori, dei muscoli del collo, del tronco. — Disturbi uditivi. — Opinione di Jackson. — Studii istologici di Charcot e Vulpian, di Oertel, di Meyer. — Sperimenti di Ziemssen, Bartels. — Osservazioni di Meyer. — Quale opinione sia la più accettabile.

SIGNORI,

Da quello che vi ho detto circa la sintomatologia dell'angina difterica, voi avete già intravisto che il **decorso** è acuto. Sappiamo difatti che la forma tipica può oltrepassare la prima settimana, ed estendersi sino alla seconda; mentre la forma abortiva e la catarrale possono dileguarsi in pochi giorni. Ma bisogna tener presente che certe volte la forma catarrale non è se non la via, che apre il cammino ad una che può essere più grave; e su questo punto mi fermo per dirvi che, se noi abbiamo studiato isolatamente da una parte la forma tipica, la quale poteva volgere alla guarigione o all'esito letale, e dall'altra le forme maligne,



non è a credere che queste ultime comincino assolutamente tali; tutt'altro. Il decorso è ingannatore; e in principio si può credere di aver a fare con un male lieve, mentre poi si aggrava, e mena perfino a morte l'infermo. Dunque abbiamo un *minimum* da quattro a cinque giorni, e un *maximum* che non possiamo precisare, in quanto che bisogna tener conto delle recidive; non del processo, ma dell'essudato; il che vuol dire che, mentre aspettavate la guarigione vedendo dileguarsi la falsa membrana, a capo di qualche giorno si riaccende la febbre, e ricompare l'essudato. Bisogna tener conto del cronicismo, a cui può volgere l'angina ditterica; possono succedere inoltre **complicanze**, la polmonite, ad esempio la nefrite, una sorta di poliartrite reumatoide che presceglie le articolazioni grandi e medie, la endocardite, che taluni fanno dipendere dalla migrazione di colonie di schizomiceti; e i postumi, specialmente le paralisi, di cui dovremo occuparci. Aggiungete che certe volte il processo, cominciato limitatissimo, si estende non solo alle fosse nasali e alla laringe, ma alle labbra, alle guance, alla congiuntiva, insomma a tutte quelle sedi di cui vi parlai. In altri termini, ciò significa che voi non potete precisare il decorso della malattia, in quanto che non potete prevedere le possibili fasi che questo processo rivestirà, vuoi nelle sue manifestazioni locali, vuoi nelle sue manifestazioni generali.

Vi ho detto pure che gli esiti della malattia sono: la guarigione, e ve ne spiegai il modo; la morte, e certi postumi sui quali dovremo intrattenerci. Vi ricordo che la morte può dipendere da varie cagioni; una abbastanza frequente è la sincope; sapete tutte le teorie che hanno cercato di spiegare la trombosi cardiaca. Si può morire però in mezzo a sintomi tifoidei, col coma, con la prostrazione, sintomi che depongono per il grave intossicamento del sangue. Si può morire per i postumi, i quali sono principalmente rappresentati dallo stato di estrema prostrazione delle forze, dall'eccessivo grado di debolezza muscolare e dalle **paralisi postume**. Su queste mi fermo, e su queste richiamo tutta la vostra attenzione, giacchè molte volte voi avrete superato felicemente la fase acuta della malattia, e vi si para innanzi un problema molto difficile, interessante per la cura e per le interpretazioni che voi dovette dare.

Vi dirò anzitutto che queste paralisi successive della ditteria, queste paralisi *post-difteriche*, sono prevalentemente motorie; ma sono state eccezionalmente osservate talune paralisi isolate di senso; per esempio diminuzione della sensibilità cutanea e della sensibilità muscolare, abolizione del senso termico. Io ricordo che un distinto medico mi parlava di questo fatto da lui osservato in un altro collega che aveva avuta la ditteria; l'unico postumo fu abolizione della sensibilità termica, che ri-



mase isolata. Altre fiate abbiamo anestesia laringea per paralisi del laringeo superiore; e certe volte uno speciale grado di perturbamento del senso dell'udito, sul quale ritornerò quando vi farò lo studio dettagliato di queste paralisi.

Riguardo alla sede, le paralisi motorie si possono classare nell'ordine che vi delineo: paralisi del velo pendolo e della faringe, paralisi dei muscoli dell'occhio, dei muscoli della laringe, del tronco, della vescica e del retto.

Cominciamo questo studio, che io per maggiore intelligenza della cosa divido in tre paragrafi: 1) generalità sulle paralisi di moto, cioè considerazioni cliniche che si possono applicare indistintamente alle paralisi, qualunque ne sia la sede; 2) sintomi spettanti alle paralisi localizzate; 3) studio delle lesioni anatomiche che probabilmente possono rendercene conto.

1) Bisogna innanzi tutto sapere che le paralisi post-difteriche non sono in relazione con la gravezza del processo, cioè possono tener dietro a forme mitissime, come possono mancare in forme gravissime. Vero è che in queste ultime voi avete a temerle e potete prevederle; ma il rapporto è lontano dall'essere costante, ed invano dormireste tranquilli i vostri sonni dopo la cura di un caso leggerissimo di angina difterica. Queste paralisi si verificano in una proporzione approssimativa del dieci per cento, vuol dire che non sono costanti postumi di tutt'i casi di difteria. Proposizione che s'intendeva da sè, dopo quello che io vi aveva detto. Naturalmente se tenessimo conto dei casi letali, forse questa cifra potrebbe aumentarsi; ma da quello che capita alla nostra osservazione, noi possiamo ritenere che dei convalescenti di difteria, il dieci per cento, o poco più, soffrono sintomi di paralisi postume.

Le paralisi sono parziali o complete, limitate o diffuse, e per lo più compaiono nel periodo della convalescenza; cosa interessante a sapersi, perchè voi non potete, scomparso l'essudato, abbandonare la sorveglianza che dovete all'infermo. Come regola, le paralisi post-difteriche compariscono da due a tre settimane dopo la patita infezione; ma eccezionalmente possono cominciare ad appalesarsi quando la malattia si avvicina alla fine, e ritardare la loro comparsa sino a due mesi dopo. Talune di queste paralisi sono così caratteristiche della malattia, che dal solo riscontrarle, voi potete argomentare la causa. Certamente non sarà uscita dalla vostra memoria quella bambina che pochi giorni fa abbiamo avuta al dispensario, la quale presentava segni di paralisi del velo e della faringe. Noi, prima d'interrogare la madre, potemmo affermare che aveva dovuto precedere difteria; come era avvenuto appunto, e appunto perchè la paralisi del velo e della faringe si verifica volentieri dopo la difteria, ed eccezionalmente per altre cagioni; ben



inteso quando non abbia un carattere miogenico, cioè che sia dovuta all'infiltrazione edematosa dei muscoli per grave processo infiammatorio. I muscoli, i quali non obbediscono più alla funzione a cui erano deputati, rispondono debolmente all'eccitazione della corrente elettrica, sia la faradica, sia la galvanica. Ma è importante a sapersi che codeste paralisi si succedono con un ordine regolare, perfino costante, nel senso che la paralisi del velo e della faringe precede quasi sempre quella dei muscoli dell'occhio, delle estremità e via dicendo. Anzi nel periodo di guarigione le dette paralisi si dileguano nell'ordine medesimo nel quale sono comparse, a capo di un periodo che oscilla tra uno e sei mesi.

La costanza, la prevalenza della paralisi dei muscoli del velo-pendolo, ha accreditato certe teoriche, le quali però restano combattute da altre osservazioni cliniche e sperimentali. Per esempio Gerhardt ha voluto sostenere che la prevalenza della paralisi dei muscoli del velo e della faringe, si spiegasse per azione diretta e più vicina dei prodotti patologici che partono dalle fauci. La difteria ha predilezione per l'istmo e la parete posteriore; ebbene questo rapporto tra causa ed effetto è stato esagerato, fino a dire che la paralisi possa essere messa a conto della lesione anatomica primordiale.

Importa però ricordarsi che la paralisi dei muscoli del velo si verifica anche quando la difteria non ha avuto sede nelle fauci, supponiamo il caso di una difterite cutanea, e che un'attenta osservazione, o per dir meglio, una vasta osservazione dei casi prova che questo preciso rapporto non è poi così costante, come si vorrebbe far credere. Io potrei citare casi di angina difterica, nei quali la paralisi del velo è comparsa posteriormente a quella delle estremità. Allora convien mutare indirizzo, e più volentieri accedere all'opinione del Mackenzie, la quale insegna una particolare predisposizione che avrebbero ad ammalare i ganglii del simpatico, i quali animano i muscoli del velo e della faringe, cioè una intercettazione nella funzione del ganglio di Meckel. In ultimo, questo studio generale, questo sguardo rapido che diamo alle paralisi motorie in genere, deve terminare con la considerazione che le dette paralisi hanno certe volte il carattere alternante; specialmente quella dei muscoli dell'occhio, onde un giorno si ha paralisi dell'adducente, un altro paralisi dell'oculo-motore.

2) Scendiamo un poco ai dettagli, studiamo cioè i sintomi che spettano a ciascuna paralisi.

*Paralisi del velo e della faringe.* — I sintomi funzionali li indovinate voi; sono disturbi i quali accadono nelle funzioni principali, cui è deputato il velo-pendolo.

a) Alterazione del timbro della voce: risonanza nasale: tutte le sillabe, tutte le consonanti che reclamano una completa chiusura del cavo



naso-faringeo, acquistano invece timbro nasale; e le voci *debbo*, *veggo*, ecc. si traducono in *demmo*, *vengo*, ecc.

b) Nella respirazione, il velo che oscilla passivamente, sospinto dalla colonna d'aria ascendente e discendente, produce uno speciale rumore.

c) I cibi sono rigurgitati per le fosse nasali, e particolarmente i liquidi, perchè manca la chiusura della cavità naso-faringea; senza dire che l'aria, sfuggendo attraverso il cavo naso-faringeo, non vale più a far gonfiare le guance quando lo si voglia, e per la paralisi dei muscoli costrittori della faringe, la potenza dell'espuizione è annullata; onde le mucosità restano in sito, si accumulano, e certe volte son causa di una tosse ostinata, pertinace, soffocante. All'ispezione, chiaramente notate i sintomi della paralisi del velo-pendolo, cioè vedete questo, passivo, muoversi appena sotto l'impulso non dei muscoli, ma dell'aria espirata o inspirata; e poichè questa paralisi è prevalentemente unilaterale, voi osserverete che l'ugola devia da uno dei lati, il più sano. Talora constaterete pure perdite della sensibilità. La disfagia diventa grave, in quanto che aumenta la denutrizione dell'infermo, privandolo dell'alimentazione che nella convalescenza vuol'essere riparatrice, e tanto più, quando vi si congiunge paralisi laringea, cioè quando i depressori dell'epiglottide sono paralizzati, e ci ha concomitante anestesia del vestibolo laringeo; allora facilmente scappano nella cavità laringea briciole di alimenti; manca la potenza di espettorarli con la tosse, onde facilmente si fanno strada nelle vie sottostanti, e provocano una grave polmonite a forma adinamica. Che se la paralisi laringea di senso e dei depressori si congiunge a paralisi degli altri muscoli laringei costrittori del glottide, voi avrete raucedine, afonia, e certe volte eziandio un grado di difficoltà del respiro, non perchè i crico-aritenoidei postici prendono parte al processo (anzi sono per lo più rispettati); ma perchè il grado di tensione delle corde vocali è necessario negli atti di sforzo per regolare la colonna d'aria espirata; voi ricordate che in individui rauchi, la stanchezza respiratoria è precisamente dovuta alla mancata azione regolatrice della espirazione dell'aria. È appena necessario dire che col laringoscopio ravviserete i segni obiettivi della paralisi unilaterale o bilaterale dei muscoli affetti.

Ho detto che i *muscoli dell'occhio* sogliono essere anche sede frequente di paralisi per effetto della difteria. I turbamenti visivi per conseguenza di paralisi dei muscoli dell'occhio, non riguardano la potenza visiva in sè; vuol dire che gl'individui che ne sono affetti conservano la proprietà di distinguere a distanza oggetti e uomini; invece cominciano per non poter leggere i piccoli caratteri; e se fanno degli sforzi, si stancano facilmente, hanno bagliori; se la paralisi aumenta, vi ha strabismo, diplopia e vertigine per paralisi dell'oculo-motore. Secondo Gerhardt, dunque, più



che di una ipermetropia, si tratterebbe di una paralisi alternante, specialmente dell'adducente e dell'oculo-motore. Donders ha cercato spiegare questi dissemi visivi per difetto di accomodazione in seguito a paralisi dei muscoli ciliari, cioè paralisi delle parti animate dal ganglio lenticolare del simpatico. Invece Bouchut, dopo numerose osservazioni oftalmoscopiche, tenderebbe ad ammettere una vera nevro-retinite, avendo osservato spianamento e slargamento diffuso della papilla, steatosi diffusa della ramificazione del nervo ottico. Questa nevrite ha un decorso ascendente, cioè punto di partenza dalle fauci.

Le *estremità* sono anche volentieri paralizzate. Non si tratta soltanto di debolezza nei muscoli degli arti inferiori, i quali sono i primi ad essere colpiti, ma di un difetto di coordinazione nei movimenti che, a mio modo di vedere, avrebbe grande analogia con l'atassia locomotrice. Questi infermi, difatti, presenterebbero anestesia cutanea; e da una parte per la debolezza muscolare, dall'altra per la mancanza della sensibilità tattile, quest'individui ad occhi chiusi si muovono a stento o fanno movimenti incoordinati. I circoli tattili in queste circostanze si mostrano allargati, si ha diminuzione del senso termico. In principio torpori e formicolii, raramente dolore od iperestesia; più tardi tremori, incertezza, diminuita potenza muscolare. I muscoli per vero son flosci e rispondono debolmente alla eccitazione elettrica.

Quando alla paralisi degli arti inferiori si congiunge quella degli *sfinteri della vescica e del retto*, ne succede fuoriuscita involontaria delle urine e delle fecce. Alla paralisi degli arti inferiori può seguire quella dei superiori, e come per la deambulazione, ciò che più difficilmente riesce in casi consimili è il compimento di certi atti delicati, che richiegono l'esatta nozione di rapporto delle diverse parti. Così quest'individui difficilmente riescono ad abbottonarsi, ad annodare la loro cravatta, ed hanno bisogno di aiuto per compire gli atti più necessari alla vita.

Certe volte la paralisi si estende ai muscoli *del collo* ed a quelli *del tronco*. La paralisi dei *muscoli del collo* s'indovina facilmente: il capo non si può nè alzare nè girare, e cade inerte in avanti, indietro, o sopra uno dei lati. Così, per la paralisi dei *muscoli del tronco*, obbligato l'infermo a guardare il letto, egli non può neppure muoversi; e se vi prendono parte eziandio i *muscoli della respirazione*, si avrà dispnea; la quale sarà più grave quando vi si congiunge paralisi del *frenico*. Io credo, o Signori, che l'interpretazione di certi casi di morte per paralisi cardiaca, debba essere accettata col beneficio dell'inventario. Da quello che sentirete circa le ricerche anatomo-patologiche sulle cause materiali che spiegherebbero questa paralisi, il nervo frenico è colpito con una certa frequenza. Quando la paralisi del frenico si congiunge a paralisi dei muscoli interni, e poi a quella dei muscoli della laringe, voi ne avete



ad oltranza per spiegarvi l'ambascia, la dispnea e la morte per asfissia. Voglio dire con ciò che molti casi che si battezzano per paralisi cardiaca si dovrebbero classare sotto la denominazione di paralisi respiratoria; giacchè se la trombosi cardiaca è causa di morte nel corso della malattia, non pare che sia constatata con la stessa frequenza nel decorso ulteriore; onde con tutta riserva dobbiamo accettarla.

Vi ho accennato alla possibilità di taluni *dissesti uditivi*, e non posso distendermi al di là di queste poche notizie che vi consacro. Il dottor Jackson spiegherebbe un certo intoppo al potere di apprezzare i suoni acuti, che si verifica in certi individui, con l'analogia di quanto vediamo succedere nella paralisi dell'occhio. Si tratterebbe di un dissesto speciale, per cui coloro che ne sono affetti non possono apprezzare tutto il valore delle note musicali. Jackson avrebbe fatto quest'osservazione a proposito di un medico che in seguito a difteria, tuttochè potesse comprendere quello che gli si diceva, avea perduto il potere di bene apprezzare i suoni musicali.

Così abbiamo completata la seconda parte del nostro studio, nozioni generali, nozioni speciali.

3) Ora ci resta l'ultima assai importante, quella cioè di sapere quali sono le lesioni anatomiche che producono queste paralisi. Ci sono lesioni materiali apprezzabili? Quando vi abbozzai la storia della malattia vi dissi che taluni autori avevano parlato della paralisi difterica fin da tempi remoti e che rimontando a questa, avevamo indizii per dire che loro fosse nota la difteria. Vi parlai di Celio Aureliano, di Severino, di Ghisi e Chomel il vecchio. Posteriormente il Trousseau e il Maignault si sono di proposito occupati di questo studio, e poscia Mainsord e Ghinozzi; Vulpian, Charcot, Buhl, Meyer, Oertel ed altri hanno stabilito numerose ricerche, delle quali vi dirò in breve la parte più interessante, per tirare insieme a voi questo corollario, cioè che l'incostanza o l'assenza di lesioni ci lascia nell'oscurità. Charcot e Vulpian, hanno trovato i tuboli vuotati della sostanza midollare, e il nevrilemma che conteneva numerose cellule granulose, di forma ellittica, ed in qualche caso nucleate. Buhl è il primo a parlare di stravasi sanguigni, sia nella sostanza cerebrale, sia nel nevrilemma. Egli accenna anche a certi ispessimenti che i nervi presenterebbero alle loro radici, ed alla presenza di cellule linfoidi e nuclei nelle guaine. Oertel ha insistito sempre più su questi stravasi sanguigni nella guaina dei nervi.

P. Meyer accredita l'opinione che la paralisi difterica possa essere prevalentemente di origine periferica, in quanto che da numerose ricerche è in accordo con quello che ci viene insegnato da Ziemssen e Bartels, i quali hanno sperimentalmente provato che l'eccitazione elettrica del radiale e del cubitale diminuisce fino ad un certo punto a partire



dalla periferia, e la centrale è conservata. Secondo Meyer, l'alterazione sarebbe prevalente nei tronchi nervosi, lieve in quelli più grandi, grave nelle radici del midollo spinale. L'azione morbigena si eserciterebbe a preferenza sulla periferia (nervi muscolari e cutanei), ma in un caso in cui era colpito il nervo frenico, Meyer avrebbe trovato disfacimento del midollo, moltiplicazione dei nuclei della guaina di Schwann, distruzione totale delle fibre nervee, trasformazione in cellule granulo-grassose; in altri termini i caratteri di una nevrite parenchimatosa. Una curiosa specialità sarebbe la formazione di rigonfiamenti nodulari nella guaina dei nervi, fatti da lasco tessuto cellulare, e da numerosi elementi cellulari che indurrebbero una compressione della sostanza nervosa, donde la metamorfosi, la degenerazione in cellule granulo-grassose; l'alterazione quindi sarebbe a ritenersi più di carattere degenerativo, che infiammatorio. A queste lesioni anatomiche fa contrasto l'assenza di ogni lesione, anche nei casi ben constatati di paralisi. Dunque se la paralisi esiste quando i centri ed i tronchi nervosi sono sani in alcune emergenze, mentre in altre la lesione è polimorfa, è troppo giusto che noi ne tirassimo per corollario che essa non è ancora ben precisata nella sua vera essenza. Forse quando la paralisi è di grado leggiero e risolve (perchè vi ho detto che a capo di due, tre, quattro, cinque settimane queste paralisi si dileguano nell'ordine come erano comparse), vi è da pensare ad una alterazione pura e semplice della conducibilità nervosa; quando è grave, potendo esistere una di quelle alterazioni di cui vi ho parlato, è a conto di queste che dovremmo metterla. Ricordatevi che le paralisi post-difteriche possono assumere un grado di gravezza estrema, possono mettere sull'orlo della tomba il paziente; e mentre certe volte facendo un pronostico felice, vedrete morire asfittico l'infermo per la paralisi del diaframma, per la paralisi intercostale e della laringe; in altre (fortunatamente le più numerose) tutto si dilegua e ritorna allo stato primiero. È necessario dunque richiamarvi tutta la nostra attenzione per prevenire e curare questi postumi, tanto interessanti per la scienza, tanto minacciosi per la umanità.



## LEZIONE UNDECIMA

### VI.

#### Diagnosi, Prognosi, Cura.

**Sommario.** — **Diagnosi** — È facile in genere. Può non esser tale se l'essudato è scarso, superficiale, modificato nei suoi caratteri, o se è assente o nascosto. Criterii cui bisogna por mente. Come si differenzii l'angina difterica dalla tonsillite reumatica acuta, dall'erpate gutturale, dai condilomi piani, dalla scarlattina. Ostacolo alla diagnosi è talvolta la difficoltà di aprire la bocca. Come si possa vincerla. — **Prognosi** — Criterii sui quali si deve informare. — **Terapia** — Non ci sono rimedii sicuri, non specifici di sorta. L'intervenire a tempo certe volte non basta. Come tratteremo questo capitolo.

SIGNORI,

Affrontiamo una quistione pratica di grande interesse, quella cioè della diagnosi, prognosi e terapia dell'angina difterica.

La **diagnosi** si può dire in generale facile, perchè essa poggia sopra certi segni abbastanza patognomonici della malattia, cioè la presenza dell'essudato. Comprendete quindi che le difficoltà diagnostiche ci sono create, o quando l'essudato non ha segni abbastanza caratteristici, ovvero allorchè altri processi morbosi di natura differente rivestono le parvenze dell'essudato difterico. Le circostanze in cui l'essudato può menare in inganno sono due: o quando è scarso, superficiale, come abbiamo descritto per la forma catarrale; ovvero quando è assente o nascosto in certe regioni, mentre prevalgono i sintomi generali. Allora il pratico, preoccupato dalla scena fenomenologica che si riferisce allo stato generale dell'organismo, può essere tratto in inganno, non trovando nella località la spiegazione dei fenomeni, ovvero riscontrando una lesione materiale che non soddisfa le sue esigenze. Ma voi comprendete, d'altra parte, che la ricorrenza epidemica e il criterio etiologico ci vengono favorevolmente in aiuto per tirarci d'imbarazzo. Ed io non mi stancherò mai dal raccomandarvi l'ispezione delle fauci nei giovani soggetti, specie quando invade una febbre intensa, specie quando ci è ricorrenza di angina difterica.



Ho detto che vi sono però altri processi locali che possono mentire la difteria; è una diagnosi differenziale ovvia che noi potremo completare in poche parole. D'ordinario, quando si esagera nel giudizio, si confonde la tonsillite reumatica con la forma specifica; debbo dirvi che esagerando la frequenza dei casi nelle ricorrenze epidemiche, mi son trovato molte volte di fronte ad infermi creduti da altri pratici affetti da difteria, mentre si trattava in realtà di semplice tonsillite infiammatoria. In queste circostanze, bisogna por mente al carattere della febbre. Io vi dissi che anche le forme miti di difteria sogliono accompagnarsi ad una temperatura piuttosto elevata, tranne che la cifra alta che si è raggiunta, decade rapidamente nelle forme miti; ora nelle infiammazioni genuine, avrete una temperatura che raramente oltrepassa i 39° C. e succede l'inverso di ciò che si ha nella difteria, cioè a misura che maggior tempo passa, se la tonsillite volge a suppurazione, la febbre si fa più risentita; mentre nella difteria vi è una progressiva defervescenza termometrica. Fate inoltre attenzione ai caratteri locali, e ricordatevi che nelle forme infiammatorie semplici l'essudato è più liquido, facilmente si distacca, e parte, più che dalle cripte, dai follicoli mucipari che compongono l'insieme della glandola. Dippiù tenete presente un segno prezioso, che in circostanze dubbie può valere assai; cioè la difficoltà di divaricare le mascelle, la quale è spiccatissima nelle forme infiammatorie, e manca nelle difteriche. Badate a non confondere la difficoltà che proverete ad ispezionare le fauci con quella per far aprire spontaneamente la bocca. Quest'ostacolo alla divaricazione delle mascelle, che si accompagna a disfagia, va dovuto alla grande tensione delle parti limitrofe, specialmente allo ingorgo dei pilastri che dolgono, quando sono stirati per l'allontanamento delle mascelle.

Ma ci sono altre condizioni locali che ponno mentire l'angina difterica; una di queste è un'affezione piuttosto rara, il così detto erpete gutturale od angina erpetica; una eruzione di piccole vescicole che rompendosi danno un essudato che facilmente si concretizza sotto sottili membrane, le quali hanno per carattere differenziale la facilità con cui si distaccano sotto il pennello, e poi non si estendono mai al di là del punto di origine, contrariamente a ciò che succede per l'essudato difterico. Inoltre si congiungono all'eruzione di piccole vescichette erpetiche intorno alle labbra; cosicchè basterà richiamare questo possibile per evitare l'errore. Nei libri non troverete registrato che certe volte si confonde l'angina difterica con la sifilide o la sifilide con l'angina difterica; eppure io sono stato più volte consultato da individui i quali mi dicevano che da 15, 20 o 30 giorni erano in preda ad una difteria che resisteva a tutti i diretti toccamenti praticati.

La condizione che lontanamente potrebbe ingannare, stando alla sola



ispezione delle fauci, è l'eruzione dei condilomi piani, giacchè specialmente se rivestono la forma opalina, sulle amigdale o lungo i pilastri si osservano piccole macchie più o meno bianche, rilevate e circondate da un alone iperemico intorno. Ma io ho appena bisogno di dirvi che noi non limitiamo mai alla sola ispezione delle fauci il nostro esame; sapete benissimo che la sifilide è una malattia afebrile, che si accompagna volentieri all'ingorgo dei ganglii retro-cervicali, e i condilomi piani si osservano ancora in altre parti che non sono facilmente colpite dalla difteria. Per volere stare però ai caratteri differenziali locali, io aggiungerò che nella difteria si tratta di un essudato che è sovrapposto alla mucosa infiammata, o preda di altro processo grave secondario. Nelle placche mucose, abbiamo una iperplasia ed una ipertrofia delle papille con moltiplicazione degli strati epiteliali; l'aspetto bianchiccio della località fa corpo con la mucosa stessa, è parte di questa mucosa, e non rappresenta un essudato stratificato, perchè in quello difterico, malgrado la sua intima aderenza, sarete sempre in grado di staccarne piccoli pezzi, ed assicurarvi che si tratta di una essudazione, non di un alterato processo nutritivo accompagnato da infiltrazione, come dobbiamo ritenere i condilomi piani.

Un'ultima diagnosi differenziale dobbiamo fare con la scarlattina; ed io vi dissi, quando accennai all'identità dei due processi, quali erano i loro punti di contatto. Ho il dovere di farvi notare che sotto la ricorrenza epidemica dell'angina difterica, la forma anginosa immancabile compagna della scarlattina suole rivestire i caratteri difterici. Noi dunque ci troveremo in una di queste due condizioni: o l'individuo presenta febbre alta con angina infiammatoria, ed allora converrà restare in guardia, sospettando l'esantema; oppure con l'essudato sulla parte l'eruzione cutanea è pure comparsa, ed in tal caso non restano dubbii che la forma anginosa sia da riferire alla infezione scarlattinosa. Che se la scarlattina è evidente per sè, e sulle tonsille compaiono essudati, voi potete, senza commettere un errore patologico, dichiarare la forma anginosa di carattere secondario, così come vediamo nelle presenti ricorrenze epidemiche.

Le difficoltà massime sarebbero per quei casi nei quali tace l'eruzione cutanea, i casi di scarlattina *sine exantemata*, di scarlattina *frustre* come diceva l'immortale Trousseau. Ma se l'essudato tonsillare prevale, sarebbe una stiracchiatura il ritenere la scarlattina come sostrato del male. E se l'esantema esiste, cede il posto all'angina difterica, che rimane una espressione sintomatica del processo principale.

Prima di chiudere quest'articolo importante della diagnosi, ho il dovere di farvi pure riflettere che certe volte questa non può essere completa, se non dopo un attento esame laringoscopico e rinoscopico.



Vi ho detto cioè che sede prediletta dell'essudato difterico sono le tonsille, i pilastri, la laringe, ma certe volte queste rimangono in seconda linea, ed i fenomeni iniziali si verificano in sede recondita, quelli che oggi discopriamo per mezzo dello specchio laringoscopico e rinoscopico. Comprendo che trattandosi di bambini, l'esplorazione, com'io ve la delineo, è assai difficile, ma voi farete ogni sforzo per riuscirvi. E poichè ci troviamo a parlare di questo esame diretto, io vi sottoporro poche regole che vi saranno di valevole aiuto nella pratica, quando vi troverete a risolvere il grave problema di far divaricare la bocca ad un bambino. È spesso un grave problema questo, che resta affidato agli specialisti. Io certe volte sono stato invitato ad aprire la bocca a bambini, con la preghiera di portare con me tutti i divaricatori orali. Voi che siete avanti nella pratica della chirurgia, sapete bene che possediamo divaricatori orali di diversi autori, i quali servono ad allargare mascelle anchilosate, o permettere che l'operatore possa avere libero il campo innanzi a sè, tenendo aperta la cavità orale. Questi strumenti suppongono già risoluto il problema che l'infermo apra volontariamente la bocca; e questo non è. Voi dovete riuscire a far divaricare i denti al piccolo paziente, perchè allora la quistione sarà sciolta per tre quarti, onde poter guardare in fondo alla gola, dove la patologia v'insegna che si annida l'essudato difterico. Comprendete quindi che, più che agli strumenti chirurgici, bisogna ricorrere alle astuzie che la pratica insegna. Per esempio i bambini provvisti di denti sono quelli che ci presentano maggiori difficoltà; non solo perchè, se è sviluppato in loro un certo grado di forza muscolare, maggiore sarà la resistenza che oppongono; ma anche perchè queste creature maliziose, ancorchè otturate loro il naso, seguitano a respirare attraverso gl'interstizii dei denti, e voi restate burlati. Rammentatevi però, che in queste circostanze gli ultimi molari mancano, e voi potete farvi strada in un modo qualunque verso la commessura labiale dietro i primi molari. Tenendo la bocca chiusa, è naturale che i primi molari sono a contatto, ma più indietro di loro resta uno spazio che non è ancora colmato dai denti in via di formazione; è quella la via che dovete seguire, e certe volte vi riuscite in una maniera volgare, che io ho imparato dai genitori, premendo cioè fortemente le guance in quella regione che corrisponde ai secondi molari; la mucosa insinuandosi fra l'arcata dentaria, resta pigiata, i bambini sentono dolore ed aprono la bocca. Se questo non è possibile, dovete scegliere qualche momento in cui il bambino respira o piange, ed introdurre la coda di un piccolo cucchiaino, che non saprei mai abbastanza raccomandarvi. Gli ordinarii abbassalingua sono troppo grandi per potere scivolare in questa angusta via, senza dirvi che diventano facilmente mezzi di diffusione della malattia. Onde voi all'utilità del piccolo strumento improvvisato, e che ogni fa-



miglia tiene, se non di argento, di metallo meno nobile, voi congiungete una misura profilattica di grandissima importanza, quella cioè che l'istrumento di cui vi siete servito resti per uso esclusivo del piccolo paziente. Altre volte potete riuscire a far aprire la bocca vellicando con una barba di penna o con un sottile pennello le fauci. Ma ricordatevi che quest'ispezione dev'essere fatta a volo, e invano attendereste dal paziente quella facilità di osservazione che con lo intervento della propria volontà dànno quelli che frequentano il nostro dispensario. Ricordatevi che la luce diffusa del giorno non basta a farvi acquistare un concetto preciso delle lesioni che sono nascoste dietro i pilastri, dietro la superficie posteriore del velo-pendolo, onde appena appena sono ravvisabili; di qui la necessità di fornirvi di una stearica, di un cerino, di un mezzo d'illuminazione artificiale qualunque, perchè così concentrate la luce nel punto che volete osservare.

La prognosi della difteria non si può formulare in termini assoluti; e se io sono nel più grande imbarazzo ora che cerco compendiare le leggi principali alle quali dobbiamo attenerci, non meno imbarazzati di me sono i trattatisti che sfuggono, o falsano questo capitolo. Innanzi tutto conviene considerare che è il carattere dell'epidemia dominante uno dei principali elementi pronostici ai quali conviene fare attenzione. Malauguratamente noi lo sappiamo per pratica. Qui, in questa Napoli, dove la difteria battaglia da dodici anni e forse più, ci sono stagioni, nelle quali si hanno piccole epidemie che rivestono caratteri diversissimi. Certe volte voi riuscite a salvarne 70, 80 per cento, altre volte non potete raggiungere neppure la metà del totale dei curati. E questa è una proposizione abbastanza vera, cioè che i dati oscillano moltissimo, sino a raggiungere un massimo del 50 per cento di perdite o di guarigioni, ciò che torna lo stesso. Perciò il carattere dell'epidemia può esservi di guida approssimativa nel giudizio pronostico, il quale sapete quanta parte tenga nel successo del medico, e quanto interessi alle famiglie, le quali vi consultano certe fiato solo per avere il vostro verdetto; in casi speciali questo pronostico dev'essere ancora più riservato, in quanto che la forma del male è lontana dal mantenersi costante in tutto il decorso. Io vi dissi che si cominciava con una forma mite, e si finiva con una grave. Voi dunque non potete essere mallevadori del ciclo del processo morboso, voi dovete giudicare alla stregua dei fatti che si presentano, e questi sono ingannatori.

A parte queste riserve, dalle quali avrete imparato che l'angina difterica è malattia gravissima, il pronostico in linea scientifica possiamo modellarlo sulle fasi, la forma e l'estensione del processo morboso. Ho io bisogno di dirvi che un bambino che vi presenta enorme ingorgo ganglionare, quella tumefazione molle, pastosa, infettiva, dovuta ad infil-



trazione siero-purulenta del cellulare sotto-cutaneo e peri-glandolare; quel bambino che vi presenta epistassi, petecchie, coma, false membrane estese, è un bambino che dolcemente si avvia alla via del cielo? In queste emergenze il pronostico è gravissimo, i fenomeni generali vanno di pari passo coi locali, l'estensione dell'essudato dice gravezza di morbo, come lo dice la scena sintomatologica. Badate che certe volte vi ha di sproporzione tra i fenomeni generali ed i locali; ebbene, in queste contingenze, se sui fatti locali prevalgono i sintomi generali, nel senso di una minaccevole adinamia, il pronostico dev'essere grave. Viceversa, se l'essudato è diffuso, ma i caratteri generali sono buoni, il bambino è vivace, appetisce, non ha lipotimie, non ha considerevole ingorgo ganglionare, non presenta albumina nelle urine, voi potete mitigare il vostro giudizio. Dunque in linea generica conviene essere riservatissimi, trattandosi di una malattia grave; nei casi speciali il pronostico possiamo modellarlo sui fenomeni generali, i quali, se sono gravi e vanno di pari passo coi locali, attestano sempre la gravezza del male; se sono assenti, mentre l'essudato è abbastanza diffuso, danno certa speranza; e se prevalgono sui fenomeni locali di tanto, da deporre chiaramente per una scena sintomatologica adinamica, ci autorizzano ad aggravare ancora più il giudizio pronostico, tutto che i fatti locali ci lasciassero concepire delle speranze. Non dimenticate pure che vi sono casi leggieri che volgono rapidamente a male, e viceversa individui abbandonati da noi come cadaveri, che sono miracolosamente risuscitati; prova chiara di questa grande potenza della natura medicatrice.

Arriviamo ora alla cura, ed indovino l'ansia con la quale avete aspettato la trattazione di questo capitolo tanto importante per la scienza e per l'umanità. Ebbene, questo studio terapeutico sarà bene condurlo con un poco di garbo e di pazienza per completare alquanto le notizie che vi ho date sulla patologia e sul concetto patogenico dell'angina difterica.

Devo però, o Signori, cominciare con alcune proteste; la prima delle quali è questa, che malauguratamente, malgrado una esperienza di 12 anni, malgrado studii indefessi sulla cura dell'angina difterica, io non posso presentarvi farmaci sui quali possiate poggiare le vostre speranze. E vi prego di convalidare in voi questo convincimento che vi farà mantener lontani da certi errori che commette il volgo dei medici, cioè che certe volte il non essere intervenuti a tempo sia stata causa principale della morte. Vero è che nel modo come guardiamo la quistione, una cura pronta e ben diretta può molto; ma non possiamo formulare in termini assoluti il nostro giudizio, nel senso che si muore di angina difterica, sol perchè si ritarda di qualche giorno la cura locale.

Un'altra protesta è che in tutte le malattie gravi, e se non assolutamente incurabili, pericolose per loro stesse, noi non troveremo mai il



rimedio specifico. Questa è una lotta con la scienza, è una lotta con la logica e col buon senso. Io comprendo una cura della tisi, del cancro, e della difteria; non comprendo, nè riconosco rimedii specifici contro le medesime malattie. E quando sentite strombazzati sui periodici i premi che Società, Accademie e famiglie private intendono largire a quelli che arrivassero a scoprire un rimedio contro l'angina difterica, ridete, o Signori, come rido io.

Il segreto per poter arrivare a qualche cosa nella cura delle malattie di difficile guarigione, sta appunto nel concretare un metodo, sta appunto nell'insieme di certi particolari che l'acume, la pratica e il buon senso ci suggeriscono, quando non si può, come non possiamo ancora per la difteria, inoculare in linea profilattica il virus diluito od uno affine, come facciamo pel vajuolo, e come il Prof. Perroncito ha fatto sugli animali pel carbonchio. La prova di quello che io vi dico, voi la trovate nel numero sterminato di farmaci che sono stati proposti contro l'angina difterica, i quali si sono certe volte accreditati, sol perchè le statistiche furono redatte con troppa facilità e con poca coscienza. Quando voi leggerete che si sono registrati casi di guarigione d'infermi di difteria curati con salassi, unguento mercuriale, vescicatorii, credete pure, o Signori, che in questi la natura ha superato la malattia e le male arti del medico; e comprendete che questo grande segreto della natura medica-trice, che con un vocabolo più di moda noi chiamiamo oggi poteri fisiologici, è quello che con debito di coscienza dobbiamo riconoscere in buona parte di certe guarigioni, che a torto talfiata ci arroghiamo noi.

Non dico già che considerando l'angina difterica come una malattia infettiva, noi dovessimo restare ad un metodo aspettante, come pel tifo, il morbillo, la scarlattina, ecc.; ma affermo che certe volte, malgrado gli ostacoli che per nostra ignoranza opponghiamo alla malattia, questi poteri fisiologici riescono vittoriosi in tutto e per tutto. Fermarsi alla statistica favorevole dei singoli farmaci, significa cadere nell'agguato, significa obliare la gravezza differente che la malattia può rivestire, significa dimenticare le lesioni anatomiche che alterano profondamente la crasi sanguigna. Aggiungete che la maggior parte di talune medicazioni in voga si accreditarono sopra un errore anatomico. Coloro i quali credettero l'angina difterica una ulcera, una gangrena, una necrosi, pensarono ai caustici, o meglio a quei rimedii modificanti locali, i quali potessero indurre una rivoluzione in loco, i quali potessero facilitare l'eliminazione dei tessuti morti, che non erano compatibili coi vivi, ed attivare la nutrizione. Coloro i quali si fecero imporre da una flogosi prevalente, raccomandarono gli stittici, gli antiflogistici di ogni grado e qualità. Quando la forma infettiva generale cominciò a farsi strada, si raccomandarono i rimedii interni, e forse si arrivò ad un periodo di nichilismo in terapia locale, ad un periodo in cui si



diceva: « curate il generale soltanto »; mentre, viceversa, quando la teoria parassitaria guadagnò terreno, la cura locale fatta coi parassitici di diventò una legge inesorabile. Dall'acido fenico al iodoformio, dal clorato di potassa al permanganato, e così via via per tanti altri, ai quali non farò altro onore che della citazione.

Certe volte, riunendo una medicazione locale ad una generale, un farmaco più in voga ad uno vecchio e sfruttato, si accentuarono certe cure con nome speciale, e così sapemmo di quella del Lolli, di Oertel, di Bosio, e di tanti altri che, meno attenti osservatori, si appagarono soltanto di riunire pochi casi di guarigione e gridare al miracolo. Cosa fare in mezzo a tanta farragine di opinioni e di droghe? Io credo che per arrivare a fissar bene i limiti del trattamento che intendiamo fare, sarà necessario tesservi dapprima una breve enumerazione dei farmaci, raggruppandoli secondo la loro virtù generale o locale, e poi sintetizzare quel metodo di cura che io giudico più opportuno.

Ma mi veggo stretto dal tempo, e rimando questa parte alla prossima conferenza.



## LEZIONE DODICESIMA

### VI.

### Seguita la cura.

Sommario. — La cura può essere fatta per via interna ed esterna. — 1) Cura interna. — Salassi (Home, Bretonneau). — Purganti (Jenner, Berdt Howel). — a) Tonici. — Ferro. China. Morfina. Cloralio. — b) Specifici. — Mercurio. Bromuri. Balsamo di Copaive. Pilocarpina. — c) Antisettici. — Ferro. Clorato di potassa. Acido salicilico. Salicilati. Timolo (Warren). — d) Espettoranti. — Poligala. Carbonato di ammoniaca. Balsamici. — 2) Cura locale. — C'è una cura abortiva? — Taglio delle tonsille. — a) Caustici. Galvanocaustica. — b) Astringenti. — c) Dissolventi. — Acqua di calce (Steiner, Massei). Saccarato di calce (Sanné). Neurina. Bromo. Acido lattico. Papaina. Potassa. Soda caustica. — d) Antisettici. — Acido fenico. Cloralio (Ferrini). Zolfo (Jodin). Jodoformio. Juglans nigra. Salicina (Conway). Chinolina (Runge). Benzoato sodico (Klebs, Letzerich). — Ghiaccio. — Vapore aqueo. — Critica di questi rimedii e modo di usarli.

SIGNORI,

Dissi nella passata lezione che il concetto patogenico servì di base a diverse indicazioni nella cura dell'angina difterica, ed enumerai brevemente le culminanti teorie. Ora è necessario fare una rivista di tutti i rimedii proposti, onde criticarli analogamente, e vedere meglio quello che promettono e quello che mantengono.

Questo studio è interessantissimo, in quanto vi metterà in grado nella pratica, di sapere comparativamente il valore dei varii farmaci proposti, e quali siano quelli che meritano maggiore fiducia. Altrimenti vci vagherete nelle incertezze, non sapendo a quale dare la preferenza, o credendo troppo alle ingannevoli promesse di molte medele vantate con troppa leggerezza e nel solo scopo di presentare una statistica di pochi casi, più o meno gravi.



In generale la medicazione avverso l'angina difterica si può dividere in interna ed esterna, o generale e locale.

1) Ritorno anzitutto per un momento sul salasso e le emissioni sanguigne, unicamente per dirvi che questo metodo fu caldeggiato da Home e Bretonneau, nella intenzione di poter moderare l'essudato che allora si credeva di carattere puramente fibrinoide. Bretonneau stesso però, niente contento di questa pratica, fu il primo a ricredersi; e comprendete che basta ricordare il carattere adinamico della malattia e gli esiti funesti di questa pratica, per dare completamente il bando al salasso locale e generale.

Simile sorte ebbero i purganti, commendati in principio della malattia, sebbene da taluni con più razionale indicazione, e nella idea di poter eliminare per la via dell'intestino il virus malefico (Jenner e Berdt Howel). Maggiore riguardo, o Signori, meritano altri farmaci che io, facendo omaggio al Mackenzie, classificherò con lui così:

a) *Tonici*.—Ferro, china — Gl'inglesi accordano gran valore al ferro, specialmente al percloruro, che dev'essere il neutro, affine di evitare che dia molto acido idroclorico libero. Si commenda a grandi dosi, perchè forse in quei climi dev'esser meglio tollerato. Mackenzie sostiene che amministrandone dosi generose, anche in bambini, il mal di gola diminuisce e si prepara l'organismo alla lotta che dall'altro canto prepara l'infezione. Io l'ho amministrato, ma non ne ho visto i risultamenti decantati, anzi ho notato grande intolleranza. Da noi si preferisce la chinina, ma s'è esagerato, nell'idea di combattere l'infezione e tonicizzare l'organismo, onde si sono apprestati sino a più grammi di chinina al giorno, anche in bambini. La chinina, io convengo col Mackenzie, deve avere la sua precisa indicazione; quando c'è vomito, mal di capo, temperatura elevata o quando si è nel periodo di reinfezione, nel qual caso riesce meglio il solfo-fenato, che va somministrato a dosi refratte e multiple. La chinina si dà in dosi proporzionate secondo l'età, mai più di un grammo negli adulti.

I medici inglesi, che son teneri di completare la cura in tutti i dettagli e con tutte le possibili risorse terapeutiche, piazzano tra i tonici la morfina ed il cloradio. Se vi è insonnia od agitazione, poichè questi disturbi funzionali sono una cagione di debilitamento delle forze dell'infermo, essi prescrivono un calmante od un ipnotico. Io non so quanto sia utile l'uno o l'altro che si voglia prescrivere: se l'insonnia insorge nel primo tempo della malattia, allora dipende dalla febbre e non c'è cloradio che tenga; nel secondo periodo, quando temiamo la paralisi cardiaca, più prudente consiglio è quello di ricorrere agli eccitanti, i quali così come in altre malattie acute infettive accompagnate da delirio o coma rispondono bene, specialmente nel tifo, nel vaiuolo, nel morbillo, ecc.



b) *Specifici*.—È una classe che comprende tutti quei rimedii ai quali si attribuisce la virtù di troncare od abortire i fenomeni morbosi, provvisti come sarebbero di una speciale virtù derivante da azione complessa. Il mercurio, carezzato dai medici omeopatici; il solfuro di potassio dagli Svizzeri brillarono di luce pallida e fugace, tanto vero che cancellati subito, come inutili, dalla terapia, non vi sono più ritornati ed a noi non hanno lasciato che un ricordo storico. I bromuri, il balsamo di copaive, il cubebe invece, subirono alternative e varie, onde ora furono elevati a cielo, ed ora buttati nella polvere. Io ho sperimentato il bromuro, ma non ne ho ricevuto in nessun caso effetto benefico spiccato, epperò non so raccomandarlo. Il copaive ed il cubebe ebbero maggior voga, e fu il Trideau che, facendosi forte della elezione che questi farmaci hanno per le mucose, volle applicarli alla cura della difteria: i risultamenti non furono nè felici, nè costanti, e ben presto si vide che alle indicazioni razionali non rispondevano i fatti.

Bisogna aggiungere un nuovo rimedio palpitante, come si dice, d'attualità, e presentato con un credito che per lo meno faceva ribellare la coscienza: la pilocarpina. Ve ne parlo specialmente perchè dalla sua doppia azione, scialagoga e sudorifera, si è creduto doversi aspettare la chiave della cura, ed in ragione delle quali virtù molteplici io la piazzo tra i rimedii specifici. Ve ne parlo perchè tra noi e fuori d'Italia, la pilocarpina fece chiasso e le si bruciarono incensi e la si elevò a posto d'onore. Però non s'era fatto che prendere e pubblicare una lista di casi più o meno gravi e spaventevoli, in cui il rimedio si diceva aver fatto furore e si è gridato all'osanna. Ma quando voi correte all'esperimento più serio, il risultato finale, v'accorgete che non resta se non un nome ed una fama usurpati. Quando la pilocarpina venne commendata nella difteria, fu una rivoluzione che si destò: era un rimorso il non aver saputo prima trovare nell'alcaloide del jaborandi il solo rimedio a cui si dovesse la vita minacciata da difteria, onde ognuno si credette nel dovere di sperimentarla, benchè quelli che pigliavan poca parte a questi trionfi e ci credevan poco — la minoranza, tra cui io — prevedevano una sconfitta. Nè i fautori si contentarono di citar pochi casi favorevoli, riferendo quelli di Guttman; vollero creare al rimedio un corredo scientifico, affermando altamente che esso, aumentando la secrezione salivare e quella delle glandole mucose, facesse espellere il virus morboso e le false membrane. Eppure niente di meno esatto, e noi, fondandoci sulla parte teoretica dell'azion curativa, ci accorgeremo agevolmente della poca serietà dell'indicazione. I sudori che esso può provocare non si hanno forse nel declinare della febbre, e non sono essi profusi? Il distacco delle false membrane, non lo prepara forse la natura stessa, quando il processo si avvia a guarigione, o quando novelle



ne spuntano? L'amministrazione della pilocarpina quali vantaggi adunque apporta in questo morbo, quali titoli presenta perchè noi la rispettassimo, e la proclamassimo, come già fu fatto, il rimedio *sine qua non* per la guarigione?

Venendo ora al fatto pratico, debbo dirvi che io ho comparativamente sperimentato questo creduto specifico, e ho visto che morivano gl'individui affetti da forma grave e guarivano quelli che presentavan forma leggera, quelli cioè che ne sarebbero guariti anche senza. Quanto al preteso distacco delle false membrane, la pilocarpina non afferma sempre questa preziosa virtù. Io ho fatto, di vero, iniezioni ipodermiche in bambini, quando l'essudato cominciava a manifestarsi alle fauci, e nello scopo di prevenire una localizzazione ben altrimenti grave; ebbene li ho visto morire dopo 24 ore con sintomi di crup fulminante: dunque il farmaco nè ha impedito la diffusione, nè ha facilitato il distacco delle false membrane. Vedete adunque che è abbastanza chiaro perchè, come succede nella storia di tutti i rimedii di tutte le epoche, cominci già a succedere al fanatismo la diffidenza. E d'altra parte, essa ha una diretta azione sul cuore, diminuendone la forza, e sui vasi, abbassandone la pressione; onde è che io ho veduto talvolta inconvenienti serii, a cui ho rimediato con gli eccitanti, ma inconvenienti tali che poteano riuscir fatali. Concludo adunque con le stesse parole da me dette in una memoria pubblicata nel giornale del Professor Somma, cioè: « se vogliamo far restare la pilocarpina un efficace rimedio scialagogo, sudorifero e diuretico in tutti quei processi nei quali si reclamano codeste proprietà (e non li enumero perchè sarebbe ozioso), convien non farle gravare sugli omeri un compito così grave, come quello della cura della difteria ». *Parce sepulto: all'osanna è seguito il crucifige.*

c) *Antisettici generali.*—Hanno il diritto di essere bene studiati, sia che vogliamo ritenere la difteria un processo d'infezione secondaria per il riassorbimento dei prodotti della località, sia che vogliamo ritenerla un processo d'infezione primaria. Il ferro potrebbe essere classato nella lista, ma ve ne ho detto abbastanza.

Vediamo un poco cosa ha promesso, e cosa ha mantenuto il clorato di potassa a cui si sono affezionati parecchi medici, vecchi e giovani, non solo perchè amministrato per via interna si può ritenere un rimedio anti-infettivo, ma anche per una speciale azione elettiva sulle fauci. Io l'ho sperimentato con altri rimedii, e la vittoria, se c'è stata, non mi pare che la si debba attribuire a questo sale potassico. Sappiamo d'altronde che esso ha azione irritante sul canale intestinale, e se vogliamo usarlo, si può, alla dose di mezzo ad un gramma in una emulsione gommosa, amministrato epicriticamente. Ricordatelo però: nulla ci autorizza a ri-



porre in esso ogni nostra fiducia, onde, servirsene esclusivamente, significherebbe mostrar troppa buona fede.

L'acido fenico, per via interna od ipodermica, l'acqua fenicata al due per cento, iniettata parecchie volte nel corso del giorno, furono oggetto di sperimento; ma quello che se ne poteva teoreticamente ripromettere, non è stato confortato dai fatti: la malattia segue la sua parabola. Se si tien conto che l'amministrazione interna non è scevra di conseguenze sul tubo gastro-enterico e che possibilmente le punture della siringa possono essere pretesto alla manifestazione di essudato difterico, converrete meco che non è certo una pratica che dà molte lusinghe, tanto più se consideriamo che si può ricorrere ai fenati, specialmente, come abbiamo detto, a quello di chinina, il quale senza avere inconvenienti coadiuva la cura. Lo stesso si applica all'acido salicilico ed ai salicilati; al timolo, ed ai timati; al timolo amministrato insieme al cognac, alla glicerina, alla chinina, all'acqua di catrame o canforata, ed usato internamente e sotto forma di inalazioni da Warren. Warren stesso ha presentato una lusinghiera statistica, dalla quale si trarrebbe che egli ha operato mirabilia. Però il timolo oggi ha fatto il suo tempo e pochi pratici vi ricorrono.

*Espettoranti.* — Poligala — Carbonato di ammoniaca — Balsamici. — Di questi vi ho già parlato a proposito dei rimedii specifici. Dirò solo che fidare su loro per curare una malattia così ribelle, significa avere un concetto della difteria assai benigno, e molta buona fede. Forse quando si annunzia facile distacco delle membrane, o quando queste esistono nei tubi aerei, sarebbe opportuno somministrarli, ma noi in tali congiunture preferiamo gli emetici che con più facilità sbarazzano le vie respiratorie dagli ingombri.

2) Veniamo ora alla cura locale, assai più interessante, sia che pensiate alla infezione secondaria, sia che siate con me partigiani dell'infezione primaria e della auto-o reinfezione, quando i prodotti che restano nella gola a contatto con l'aria si alterano, e brani di tessuto icorizzato riassorbiti producono l'infezione centripeta.

Innanzi tutto ci domandiamo: v'ha una cura locale abortiva? Alcuni han risposto affermativamente, proponendo o il taglio o i caustici. L'angina difterica tiene una certa predilezione per le tonsille, ebbene asportiamo, hanno detto costoro, questo organo da cui si opera la inoculazione, questo focolaio d'infezione, e noi arresteremo la malattia. L'audacia della ipotesi è stata punita acremente: il taglio si riveste di essudati cotennosi. Caustichiamo allora, han ripetuto; e le causticazioni, accreditate nel concetto di avere a fare con una ulcera o con una gangrena, vennero fino a noi da tempi remotissimi e provocarono dissapori e disinganni a quelli che ne combattevano la foga.



Signori. Se avessi potuto pensare che quello che provavo di angustie ed ansie, quando, giovane, cominciavo a combattere questa dura battaglia; quando nei momenti di scoraggiamento mi rivolgevo ai miei maestri per interrogarli sul modo onde regolarli; se avessi potuto pensare, dico, alla soddisfazione che dovevo provare oggi nell'annunziarvi da questa Cattedra quanto si siano riconosciute vere le idee che io difesi, io avrei trovato maggior coraggio per lottare! Tornato dalla Germania con le parole dei miei Professori ancora nelle orecchie, m'imbattei qui, in Napoli, in una epidemia di difteria: levai alta la voce contro le causticazioni, e n'ebbi vittorie e sconfitte. Ma ora soltanto, io posso dire che quelle sconfitte si dovevano al decorso fatale della malattia, e non alla negligenza del caustico. Mi accorgo di aver fuorviato e ritorno alla indicazione abortiva. Io non vi dissimulerò che autorevoli scrittori, esperti clinici, perfino coloro che bandiscono il caustico, dicono che nelle forme leggere una toccatina al lapis di nitrato di argento fa bene, e non vi dissimulerò neppure che io son meravigliato di queste raccomandazioni quando mi ricordo che ci sono forme apparentemente leggere, e penso che il caustico non può fare altro che coagulare un poco d'albumina dell'essudato, e determinare uno stato flogistico reattivo che non è mai cosa buona provocare. Breve, io non credo alla virtù abortiva del farmaco, perchè stimo che, anche intervenendo a tempo, non si può paralizzare l'azione del morbo.

Veniamo ora al processo bello e sviluppato. Qui la cura locale non è stata meno variata e controversa. La medicazione coi *caustici* ritorna a galla, s'impone, si presenta la prima. Si è usato l'acido nitrico, il nitrato d'argento, il nitrato acido di mercurio, l'acido fenico solo od allungato con 2-3 parti di alcool, il fuoco. La questione delle indicazioni dei caustici si risolve facilmente con l'esperimento clinico. Gl'infermi causticati seguono fatalmente la parabola della malattia e lo stato locale non migliora. La causticazione o si fa sulle false membrane o sulla mucosa donde quelle partono. Causticate le false membrane: voi determinerete la formazione di una patina biancastra, la quale poco si distingue dall'essudato: allora vi create un imbarazzo per la visita seguente, chè non riconoscerete quello che è dovuto alla malattia, e ciò che si deve alla causticazione. Se causticate invece la mucosa, i ganglii si tumefanno, il dolore aumenta, l'essudato è più abbondante. Io, per cortesia di qualche collega, ho visto bambini nei quali una tonsilla era stata trattata energicamente ed un'altra con più gentilezza. Il processo difterico era intenso ed eguale in tutte e due: ebbene! Nella prima c'era sfacelo, necrosi, ingorgo maggiore che nell'altra. Dunque a che valgono i caustici? Ve lo dice a chiare note questa sola osservazione: ad aprire una larga via di entrata, nel sangue e nei linfatici, agli agenti della infe-



zione, a *nuocere*, senza *giovare*. Ma che sia così, lo prova lo scoraggiamento che ha preso i causticatori, e le statistiche nere nere relative a questa pratica, quando chi le redige non è abituato a formarsi illusioni, ma a dire la verità. I caustici liquidi son più dannosi dei solidi, perchè s'infiltrano nei tessuti, più attivi se isolati e non uniti al miele, alla glicerina o all'alcool; ma gli uni e gli altri non rispondono nè alla pratica, nè alla teoria. E se taluno vi dice che ha guarito uno stuolo d'infermi col caustico, io potrei ripetere altrettanto di molti rimedii, benchè preferisca togliere le illusioni e gli errori di giudizio. Il caustico adunque oggi è proscritto dalla maggioranza e resta appena nella simpatia di qualcuno. A *majori* si può dir caduto l'uso della galvano-caustica, della quale si fecero esperimenti da pochi.

*Astringenti*. — Medici più pietosi preferirono ai caustici gli astringenti. Trousseau usava l'allume, l'acido tannico, ma si ponno adoperare lasche soluzioni di nitrato d'argento o di percloruro di ferro. Domando io: diminuendo l'iperemia — senza dire che certe volte irritano — diminuendo l'afflusso di sangue determinato dall'attivo processo infettivo ed infiammatorio, risolviamo noi il problema? Può, è vero, riuscire utile questa medicatura, ma nel periodo di riparazione, quando essa modifica, usata con garbo, lo stato dei tessuti, e facilita il lavoro di cicatrizzazione.

*Dissolventi*. — Io non so come sia venuta in mente a parecchi clinici l'idea di usar farmaci che sciogliessero l'essudato. Dico ciò perchè la membrana è l'effetto dell'infezione, ma non è l'infezione; perchè è un segno, un sintoma, non il processo; nè mi pare serio ripetere che sciogliendo l'essudato, si eviti la diffusione delle false membrane, giacchè il momento causale di queste è una disposizione ad ammalare di quei dati tessuti, sotto l'azione morbigena di quel particolare virus. Mi piace in appoggio di questa tesi ricordare che muoiono malati con difteria senza essudato, e guariscono alcuni che ne hanno degli estesissimi. Checchè ne sia, se pensiamo, come è debito, alla reinfezione dell'organismo ed all'ostacolo meccanico che in certe sedi frappongono le false membrane, ci accorgeremo presto che è salutare cosa spazzare le fauci. E quali ne sono i farmaci? L'acqua di calce, il saccarato di calce proposto da Sannè, la neurina, l'acido lattico, il bromo, la potassa e la soda caustica, il cloralio e più recentemente la papaina si contesero la palma. Sovrano tra tutti questi rimedii siede, lo sapete, l'acqua di calce, nella quale, come vi dissi, le membrane si digeriscono completamente. Oggi è molto accreditata e permetterete che, non per pompa o superbia, io vi dichiaro che ho il merito di averla introdotta in Italia, come Steiner quello di averla per il primo raccomandata. Potete allungarla in 2-3 volte il suo volume di acqua, ed usarla come gargarismi, o per polverizzazione.



È senza dubbio preferibile alla soda caustica ed alla potassa perchè queste hanno azione irritante.

Utile è pure il bromo, e noi lo prescriviamo così:

Bromo e bromuro di potassio ana centigr. 30  
Acqua distillata . . . . . grammi 100.

Si conservi in bottoncino smerigliato ed in siti chiusi. Se ne imbeva una spugna e la si metta in un cono di carta resistente che si accosta alla bocca ed alle narici dell'infermo.

Ha il vantaggio di esser tolleratissimo e di potersi usare anche nel sonno. È sempre però di una energia inferiore all'acqua di calce.

L'acido lattico, 1 per 20 grammi di acqua distillata, si usa pure per pennellazione. Checchè se ne sia detto pro e contro, francamente conviene usarlo con prudenza; escoria le labbra e le guance.

La neurina fu appena citata e sperimentata. Oggi non se ne parla nemmeno più.

Con maggior calore è stato ultimamente sostenuto che la papaina, sostanza che si estrae dal succo della papaia, o questo stesso, abbiano virtù di sciogliere tutte le specie di materie albuminoidi (Wurtz, Bouchut), virtù che Kaths Asch e Rossbach han subito cercato applicare alla difteria, servendosi di una soluzione al 5 p. % e riferendone buone risultanze.

La papaina o papaiotina certamente rammollisce, digerisce e rende inoffensive le false membrane, quando è applicata in continuità (pennellazioni ogni 15 o 20 minuti — ovvero polverizzazioni, dopo la tracheotomia, direttamente in trachea, poche gocce); ma ha il peccato di origine, cioè non cura la difteria, e per confessione stessa di quei dotti che la sperimentarono, riesce inerte contro gli essudati infiltrati, cioè appunto nelle forme più gravi e più temibili.

Resta fra tanta congerie di farmaci a farvi ancora menzione di un'altra classe di rimedii, quella degli *antisettici*. Cito l'acido fenico, il permanganato di potassa, il cloruro di sodio, il glicerolato di borace, il clorato di potassa, il benzoato di soda, la resorcina, lo zolfo (che proposto dal Jodin, fu sperimentato in Italia da Nesti, Calapinto, Becchini); l'acido salicilico e l'etiope minerale.

Per comune consenso l'acido fenico ha migliore e più attiva azione. Gli altri restano in seconda linea, avendo meno spiccata virtù disinfettante. Io ho dato per un certo tempo la preferenza all'acido fenico congiunto o no all'alcool, ma dopo aver letto il lavoro del nostro Ferrini, un distinto medico, ora defunto, che esercitava a Tunisi, mi fermai sul cloratio, che all'azione disinfettante congiunge quella dissolvente, ed è bello vedere come mercè questo farmaco migliori gradatamente il processo lo-



cale. Io lo congiungo alla glicerina, alla dose di 1 su 5, raccomandando una pennellazione ogni 2-3-4 ore, secondo la gravità del caso.

L'iodoformio fu proposto, ma non sperimentato molto; ed io credo che la difficoltà di lasciarlo in sito ed il suo disgustoso odore ne siano state le cause principali; ma ora sembra ritorni a galla. Nessuno potrà mai negare che esso sia un energico disinfettante: più energico dell'acido fenico?

Lo zolfo ebbe pure vita brevissima; poco sperimentato, non colpì l'attenzione, e solo mi pare che oggi certi medici Maltesi restino ancora affezionati alle fumigazioni di zolfo bruciato (acido solforoso), un'atmosfera nella quale non so come resistano gli infermi e della quale pur contano cose dell'altro mondo.

Ci sono altri disinfettanti di fama minore, dei quali ho dovere parlarvi. — La *juglans nigra*, di cui si usano per decotto le cortecce verdi delle noci, che fu sperimentata da Curtis per analogia di ciò che Nélaton avea osservato nella pustola maligna, e che fu poco seguita. — La salicina, che Conway metteva o sulla lingua dei pazienti perchè fosse deglutita, o direttamente in sito. — La chinolina, un rimedio descritto da Runge, od il suo tartrato; quella nelle proporzioni di 1 a 300, questo in quella di 5 a 100, con l'aggiunta di alcool. Di questi farmaci recentemente si è detto gran bene in un giornale molto serio, la *Berliner Klinische Wochenschrift*, eppure tanto poco incontrarono il favore del pubblico. — Del clorato di potassa sappiamo già abbastanza; e del permanganato di potassa, e del cloruro sodico basterà dire che incontrarono appena le simpatie di qualcuno. Nel paragone il cloralio e l'acido fenico li vincono a piè pari, ed è giusto che in una malattia grave come questa, la preferenza si dia al più forte. — La resorcina, ottimo mezzo disinfettante, non si è mostrata più efficace dell'acido fenico: ci sono nondimeno talune circostanze speciali che la indicano, e vi ritornerò sopra, a proposito della cura della difteria nasale. — Klebs e Letzerich adoperano localmente ed internamente il benzoato di soda, da 5 a 25 grammi al giorno, epicraticamente e per insufflazione. Il calore stesso col quale venne raccomandato, forse eccitò tanta diffidenza che ben presto rimase quasi od interamente offuscato. — Il gliceroborato sodico è più moderno acquisto che ha fatto la terapia, e certo meriterebbe l'onore della prova, se la paura di abbandonare la vecchia via non ci paralizzasse. — Bosisio lava le fauci con clorato di potassa, e poscia insuffla etiope minerale ed acido salicilico mescolati assieme. Anzi due volte al giorno dà per bocca 20 centigrammi di ognuno di questi due ultimi farmaci, e come preservativo raccomanda 10 centigrammi di etiope al giorno. Così la letteratura si è arricchita di un altro metodo il quale non avrà sorte migliore degli altri, stando almeno ai possibili effetti che se ne possono at-



tendere. — Mook, come topico anti-difterico, insuffla nella gola, previamente spalmata con succo di cedro :

Polvere impalpabile di tannino grammi 5

» di borato di soda » 3

» di benzoato di soda » 2

il valore di ciascuno dei quali farmaci a noi è già noto.

Mi resta ora a parlarvi, o Signori, di due altri agenti, i quali hanno un'azione diversa e complessa; che si raccomandano da taluni con entusiasmo, ma che meglio si adoperano nei diversi periodi del male; voglio dire il ghiaccio ed il vapore acquoso.

Il ghiaccio, applicato sotto forma di cataplasmi e dato a piccoli pezzi, ha il potere di domare il rigore dei sintomi e la flogosi, e tiene ottimamente il luogo delle sanguisughe, senza avere i danni che derivano da una emissione di sangue. Qui mi limito ad annunziarvi la sua azione, vi ripeterò poi quanto sia utile; ma fin da ora vi anticipo che, malgrado gli ostacoli che esso incontra in pratica, è un mezzo eccellente, prezioso, del quale non dobbiamo privarci.

Dite lo stesso del vapore acquoso, che è tanto più attivo quando lo si adopera nel secondo periodo, cioè quando natura favorisce il distacco delle membrane. Vi sono statistiche lusinghiere di guarigioni raggiunte con questo farmaco soltanto (Marchisio). Però dev'essere usato a tempo e con insistenza. Oertel e Prosser James furono i primi a raccomandarlo. Ma nè il ghiaccio, nè il vapore acquoso, isolatamente presi, rappresentano l'unico fattore nella cura: hanno speciali indicazioni, virtù diverse, non contrarie, e talora si ponno congiungere senza inconvenienti.

Da questa lunga enumerazione scaturisce un grande corollario clinico, e cioè che nella cura della difteria non vi sono rimedii specifici, e il trattamento non può, nè deve esser stereotipo, anzi ha da variare in rapporto all'intensità, alla forma, al periodo del morbo.

Vi parlerò dunque di queste applicazioni nell'altra lezione, e se io mi apponga al vero, lo giudicherete voi stessi.

---



## LEZIONE TREDICESIMA

### VIII.

#### Seguito e fine della cura — Profilassi.

**Sommario.** — Nella difteria non ci sono specifici di sorta: non c'è che un metodo terapeutico possibile, quello fondato sulle varie indicazioni. — Metodo che seguiamo. Si distinguono tre periodi. — *Cura del primo:* a) Igiene. Aria rinnovata ed umida, a 16°-18°. — b) Dietetica. Latte, brodo, torli di uova, vino di Marsala. — c) Cura farmaceutica: Atmosfera fenicata. — Cura topica: antiflogistici: ghiaccio: come e quando si debba applicarlo. — Si usa pure per via interna. — Dissolventi e disinfettanti. Acqua di calce. — Idrato di cloralio. — Modo di usarli e ragioni di preferenza. — È cattivo consiglio quello di far manovre brusche per distaccare le false membrane (Oertel). Internamente limonee, chinina. — *Cura del secondo periodo.* — Vapore acquoso, caldaia-crup. — Ghiaccio ancora: le contraddizioni non sono che apparenti. — Ancora la pennellazione di acido fenico, d'idrato di cloralio, la medicazione interna. — Inverniciamento del Mackenzie, e quando si debba praticarlo. — Eccitanti, emetici. — *Cura del terzo periodo* — Astringenti. — Se c'è adinamia grave, ossigeno per inalazione. — Cura degli esiti — Non si possono prevenire. — Buona nutrizione, aria di campagna. — Bagni di mare. — Elettricità. — Cura della nefrite. — C'è una profilassi per la difteria? Noi pensiamo che sì: si prescriva isolamento — sgombero di case e persone. — Che debba fare il medico. — Se i bambini possano ritornare nelle camere dove ha albergato la difteria. — Quali precauzioni si debbano assumere riguardo alle abitazioni. — Possibili riforme riguardo a scuole, educatorii, ecc. — Perché le lezioni sulla difteria siano state così lungamente condotte.

SIGNORI,

Noi, in questo capitolo di **terapia**, siamo andati avanti con un crescendo; ed ora che conosciamo la lunga lista dei rimedii proposti, arriviamo all'acme, a discutere cioè di un metodo plausibile. Al quale proposito mi piace ripetere che io non credo ai rimedii specifici, ma credo ad un metodo, cioè ad un insieme di più agenti che mirano allo stesso scopo, ad un piano curativo fondato sopra basi razionali. Ora io ve lo esporrò, e di mio non ci è che l'accordo, l'insieme delle misure igie-



niche e curative, le quali ho desunte da lunga esperienza. Ritenete perciò che quanto vado a dirvi è il risultamento di una spregiudicata comparazione.

Cominciamo dalla **igiene**. Questa è necessario regolarla con leggi stabili e positive. L'aria dev'essere rinnovata e bisogna che sia alquanto umida, perchè, come sentirete, essa così facilita il distacco dell'essudato difterico: la temperatura tra i 16-18 gradi, la camera ventilata ed ampia. È necessità che l'infermo stia a preferenza con la testa bassa, perchè così sarà facilitata la circolazione cerebrale, e bisogna interdire i movimenti a quei pazienti minacciati da sincope. Il negleggere queste precauzioni è stato causa di dolorose perdite, e voi non le trascurerete.

**Alimentazione.**—Su questa mi fermo un pochino. Convien dare molta importanza alla alimentazione. Io che ho curato gran numero d'infermi di difteria, mi sono accorto che il più delle volte i bambini difficilmente tollerano il latte, il quale alla loro età è il sovrano degli alimenti. I vecchi pratici credevano che il latte favorisse la formazione delle afte, e perciò lo proscrissero; ma tranne questa constatata intolleranza, il latte non ha, con le false membrane, altra analogia che il colore bianco.

Noi diamo la preferenza al brodo; epperò sarebbe un errore cominciare l'alimentazione sin dai primi giorni con brodi forti e roboranti; così facendo trapazzerete inutilmente l'apparecchio digestivo di questi infermi, il quale per effetto della febbre non funziona certo come nelle ordinarie condizioni. Contentatevi dei brodi laschi, nei primi giorni, e poi darete i concentrati, quando da una parte si ha a temere lo sciupo delle forze e dall'altra la possibile paralisi. Allora siete in dovere di amministrare i brodi forti non solo, ma ad intervalli ripetuti e regolari, anche nel corso della notte; per regola consiglio ogni 3 o 4 ore codesta amministrazione, accompagnandola con qualche tuorlo d'uovo, con piccoli bicchieri o cucchiai di vino, specialmente di quello di Marsala che è alcoolico e soddisfa bene alla indicazione eccitante.

Quali sono le **indicazioni curative** più razionali che debbono restare per base di un soddisfacente trattamento generale e locale?

Io ritengo, o Signori, come vi dissi, che l'angina difterica sia una malattia primitivamente infettiva; che i prodotti locali esposti al contatto dell'aria si alterino, e se non accordo una parte interessante ai parassiti, pure questi meritano una certa considerazione, in quanto con il loro continuo moltiplicarsi perennano il guasto locale. Aggiungete che l'aria contaminata dai prodotti di esalazione ed escrezione dell'infermo, nonchè gli stessi prodotti morbosi della località, riescono altrettante cause di auto-infezione. Convien quindi trovare un mezzo che *nella continuità* prevenisse tutti questi possibili, limitando o paralizzando l'azione morbigena di tante cause. Ora, se teniamo presente la frequenza della ma-



lattia nella giovane età, in cui non possiamo pretendere una medicazione assidua e continua, il problema si rende anche più difficile. Eppure ci è un mezzo come tirarsi d'impaccio agevolmente. Se voi medicate l'atmosfera in cui vive il bambino con un rimedio antisettico, supponiamo, questo verrà respirato all'insaputa dell'infermo. Gli è perciò che noi nella camera del paziente piazziamo un buon polverizzatore a vapore, il quale manda un forte nembo medicinale: preferisco l'acido fenico. Ignoro veramente chi sia stato il primo a proporre questo metodo, ma so che istintivamente noi ci siamo arrivati tutti, e lo abbiamo, all'insaputa l'un dell'altro, completamente adottato. Solo così, se pur l'infermo dorme o sia dei più refrattarii, si riesce al principale scopo. Ogni ora farete una polverizzazione per quindici minuti, sicchè il rimedio, restando sospeso in forma di sottili particelle nell'atmosfera della camera, risponderà alla idea di medicare in *continuità* il paziente. E che sia veramente così, voi ve ne accorgete sia dall'odore specifico che si sente nella camera, sia per le ricerche uroscopiche dalle quali rileverete la presenza di acido fenico nelle urine, come a me è riuscito di fare, e come è risaputo succede per quei chirurghi che, adoperando su vasta scala la medicatura Listeriana, hanno a lamentare persino un passeggero intossicamento da acido fenico. Le urine, anche alla vista, lasciano sospettare questo fatto quando assumono un colore brunastro, abbastanza caratteristico. Commendo la soluzione all'1 %, appunto perchè l'aria sia respirabile.

Se questo riguarda l'infezione e la reinfezione dell'organismo, vi sono altri sintomi che dobbiamo combattere; onde a ragione io dissi che la cura dell'angina difterica non può essere stereotipa, ma deve proporzionarsi ai diversi periodi della malattia. E per vero, nell'angina difterica trattasi di una flogosi specifica che sta sotto il dominio di una infezione; è bene mitigarne il rigore e l'intensità: e non ci è migliore antiflogistico del ghiaccio, che sottrae calore e produce ischemia; migliore dei cataplasmi tiepidi e delle sanguisughe, perchè con una sottrazione di sangue si può riuscire a debilitare l'organismo. Però l'applicazione del ghiaccio vuol'essere continua; il freddo ischemizza i tessuti, riduce l'infiammazione, e voi vedrete con grande soddisfazione diminuire l'ingorgo ed il dolore nella deglutizione; ma se sospendete l'applicazione o se la praticate a grandi intervalli, vedrete invece aumentare la flogosi.

Il ghiaccio si dà per bocca, a piccoli pezzetti, e si applica esternamente sotto forma di cataplasmi; si possono anche utilizzare le compresse fredde. Nelle famiglie incontrerete una certa difficoltà per questo metodo: ma se voi sentirete soddisfatta la vostra coscienza per una razionale prescrizione, converrà con animo sicuro affrontare la lotta contro i pregiudizii. Bisogna che voi giovani medici della moderna scuola, fac-



ciate bene intendere alle famiglie che il compito del medico deve espletarsi con buona fede e fiducia. I cataplasmi freddi sono indicati quando vi è grande ingorgo: quando vi è essudato leggiero e non molto ingorgo, allora potete consigliare il solo uso del ghiaccio internamente, cioè in altri termini proporziarne l'uso al grado ed alla intensità della malattia. Ma importa essere attivi più che si può e fare altre cose sulla località.

I rimedii ai quali dobbiamo ricorrere per la cura topica, sono i solventi e i disinfettanti: acqua di calce e idrato di cloralio. Io vi ho enumerata una lunga serie di farmaci del genere; ora mi fermo solo a questi due. Sono scettico in fatto di cura della difteria, e ciò vuol dire che dovrei accettare tutti o nessun rimedio. All'acido lattico, al bromo, preferisco l'acqua di calce ed il cloralio, perchè da una lunga esperienza e da studii comparativi, ho visto che sono i più efficaci della classe.

L'acqua di calce si prescrive o sotto forma di polverizzazione, o per irrigazione, ovvero come gargarismi. Questi metodi sono prescelti non già a caso, ma a seconda dell'urgenza. Negli adulti preferite sempre le polverizzazioni ai gargarismi; in soggetti che non si prestano, fate le irrigazioni, le quali io pratico in un modo semplicissimo. Si riempie una pera di caoutchouc, della capacità di 100-150 grammi di liquido, con acqua di calce sola o unita ad acqua distillata (per cui non perde la sua azione); indi s'introduce il becco di questa pera nello spazio che dovrebbe essere occupato dagli ultimi molari, vale a dire in quello che rimane fra le due mascelle. Il bambino tiene la testa inclinata in avanti, al di sopra di un recipiente qualunque, mentre voi spingete con forza. Il liquido che fa sollevare il velo, e la depressione della epiglottide, vi proteggono dal rigurgito per le coane e dalla penetrazione nelle vie aeree.

I disinfettanti debbono essere applicati specialmente sotto forma di pennellazioni o diretti toccamenti. Le applicazioni di cloralio debbono essere fatte con una certa frequenza, cioè ogni 2-4 ore secondo i casi. Farete prima le lavande deterive, così pulite bene l'istmo delle fauci, e se qualche brano di essudato tende a distaccarsi, lo togliete, e dopo applicate il rimedio prescelto; tutto questo con molto garbo. Certi pratici cercano di asportare quanto più possono di false membrane ed eseguono manovre abbastanza brusche; questo è un errore e si deve a Oertel l'aver insistito a condannarle, perchè voi create una sofferenza all'infermo, e se questi è un bambino, da allora in poi vedrà nel medico un capitale nemico. Vi consiglio di badare molto a queste cose, perchè potrete ottenere che l'infermo si mostri docile per le ulteriori manovre, e ciò non sarà poco. Il distacco forzato delle false membrane è un metodo deplorabile anche perchè irrita la località.

La medicazione interna in questo primo periodo è fatta dalle limonee minerali, e da piccole dosi di solfato di chinina. In generale non bisogna mai oltrepassare 60-70 centigrammi, proporziandole sempre all'età.



Una cura più energica dev'essere espletata nel secondo periodo, quando gli essudati si accumulano, si putrefanno in sito e si accentuano sintomi generali che minacciano la vita. Per la località, dobbiamo seguire la tendenza della natura. La natura medicatrice prepara il distacco di queste false membrane: un essudato liquido muco-purulento che si va formando al di sotto, s'incarica del distacco, e nuove ne spuntano o la riparazione s'inizia. Ebbene, per facilitare questo compito, voi non dovete ricorrere alla pinzetta, come già vi accennai, ma ad un agente semplicissimo, di facile e pronta applicazione, voglio dire il vapore acquoso. Farlo respirare all'infermo, semplice o medicato, con malva, o lattuga, ecc., significa guardare molte indicazioni curative; ma dev'essere fatto in *continuità*, con un piccolo apparecchio, una piccola caldaia da cui si svolga vapore, che poi viene condotto presso il bambino mediante un tubo di caoutchouc, mentre il letto viene chiuso tutto da cortine. Questo apparecchio si chiama in pratica *caldaia-crup*; ma se capitate in famiglie le quali non possono sopportare la spesa, voi potrete utilizzare una grossa pentola che si pone a fior di letto, mentre questo è chiuso da cortine. In principio gl'infermi mal si abituano a restare in questo ambiente limitato; la forza della volontà e la fede nel rimedio vi faranno vincere le piccole difficoltà che vi opporranno gl'infermi e le stesse persone di famiglia. S'intende da sè che il bambino dev'essere sorvegliato, e nel modo come respira, e per prevenire accidentali scottature; che la inalazione dev'essere continuata sempre, notte e giorno, lasciando solo pochi intervalli per i pasti. Accostare al paziente un piccolo recipiente, per pochi minuti, come fanno i meno solerti, è una vera corbellatura, e sarà sempre meglio non far nulla, anzichè far male. In questo periodo vi fo riflettere che non è contraddittorio seguitare a servirsi del ghiaccio; questo s'incarica di diminuire l'afflusso del sangue, il vapore acquoso del distacco delle false membrane favorendo il processo di suppurazione. Bene inteso che devono continuarsi sempre, fuori le cortine del letto, le polverizzazioni di acido fenico, e le pennellazioni con idrato di cloralio e le irrigazioni in gola, nonchè tutta la medicatura interna. Certe volte la formazione delle false membrane e la loro scomposizione son così rapide, che vi sconsigliano. Io vi consiglio un metodo proposto dal Mackenzie, il così detto *inverniciamento*. Tentare di mettere fuori del contatto dell'aria le false membrane, con uno strato di vernice, equivale ad una medicazione disinfettante. Preferiamo il balsamo del Tolù, in soluzione nell'etere (1 in 5), e dopo aver bene nettata la superficie mediante carta bibula, e staccato i pezzetti pendenti di false membrane, fate ripetutamente sulla parte delle pennellazioni; evaporandosi l'etere, resta un sottile strato come di vernice e voi ripeterete questa operazione dopo 12, 16, 24 ore, procurando una tregua a voi ed all'individuo che curate. Ho visto in talune circostanze riuscire molto efficace questo processo e ve lo raccomando.



Potrete ricorrere, in questo stesso periodo, agli eccitanti, specialmente quando vi ha marcata debolezza; il fenato di chinina però è molto bene a posto; e può essere dato insieme alle acque aromatiche, alle tinture eccitanti, al vino e via dicendo. In queste circostanze può essere indicato l'uso di un emetico, quando cioè vi è essudato mobile, distaccato, od insieme essudato liquido che imbarazzano la respirazione. Epperò conviene essere molto prudente ed oculato. Ad agevolare il distacco concorrono i cataplasmi tiepidi, di farina di lino, che si sostituiscono a quelli freddi.

Nel terzo periodo, continuando l'uso dei tonici, voi modificate la cura locale con un astringente, l'allume, l'acido tannico, il percloruro di ferro, una lasca soluzione di nitrato di argento: ma non lasciate mai di sorvegliare attentamente il vostro infermo, e l'uso delle polverizzazioni fenicate. Io ho veduto che qualche volta il polso evanescente ed aritmico e tanti altri fenomeni gravi, si correggevano con le inalazioni di ossigeno, le quali si praticano facendo che questo gas, raccolto in una piccola sacchetta di caoutchouc, per mezzo di una maschera simile a quella di cui ci serviamo per gli apparecchi pneumatici, venga inalato, alla dose di 20-30 litri al giorno, in più riprese.

La cura dell'angina d'itterica non si limita a questo, o Signori; dobbiamo combattere attentamente gli esiti possibili e sorvegliare scrupolosamente la convalescenza. La desolazione che nelle famiglie lasciano le perdite istantanee ed improvvise, talvolta per sincope o per paralisi progressiva, ci ha fatto dimandare se ci sia qualche mezzo per prevenire queste tristi conseguenze. Io vi dirò che in certi casi finiti dolorosamente, aveva tentato tutt'i mezzi e perfino le iniezioni ipodermiche di stricnina, il che vuol dire che, ad onta di tutte le previsioni, certe fiata non si arriva a scongiurare il pericolo. Ma la cura tonica, la buona nutrizione, sono un dovere. Ammaestrato da lunga esperienza, raccomando, appena l'infermo lo può, l'aria di campagna, ancorchè non sia propizia la stagione. Anzi nelle famiglie agiate, io prima che gl'infermi abbandonino la casa raccomando la respirazione di 10, 15 o 20 litri di ossigeno al giorno, sotto il doppio titolo di un salutare eccitante ed un pronto rigeneratore dei globuli ematici. Se l'infermo va meglio, i bagni marini in estate si mostrano molto utili. Sviluppata la nefrite, conviene intraprendere la cura come ben sapete, cioè con le unzioni di olio e gl'involgimenti, e tutte le cautele e le regole dietetiche note. In casi di paralisi sarete obbligati ad intervenire attivamente quando vi ha compromissione delle vitali funzioni, le quali possono essere cagione della morte. Allora, al ferro, alla china, è mestieri aggiungere l'elettricità. Nel paragone, la corrente faradica riesce più pronta e più completa della galvanica, perchè così eccitate più i muscoli che i tronchi nervosi, salvochè quest'ultima indicazione non s'imponga alla prima. Che se la paralisi ostacola seriamente la deglutizione, non bisogna obliare di ricorrere alla sonda esofagea.



Signori. In questo studio noi siamo andati con un crescendo, ve lo ripeto, e non siamo arrivati neppure là ove io voleva, alla profilassi. Ci è una profilassi della difteria? Io credo di sì, lo affermo recisamente. Per quanto scettico mi sono mostrato riguardo a cura farmaceutica, altrettanto fiducioso mi vi dichiaro per le misure che servono a prevenire l'angina difterica. Questo studio si deve fare evocando tutt'i ricordi sulla etologia della malattia, e se questi sono ancora presenti alla vostra memoria, indovinerete subito quali siano le misure che convien seguire. L'ideale di questa profilassi sarebbe, come con linguaggio immaginoso dice il Dottor Alvarez, conoscere a fondo le condizioni in cui vive il parassita, (ammesso e dimostrato che esso sia la causa efficiente; ed intraprendendone la coltivazione, attenuarlo, « preparare una generazione rachitica, come pel carbonchio » e tentare inoculazioni che, provocando una forma mite, preservino da una grave. Nelle attuali condizioni sarà meglio divenire rigorosi ad oltranza, e fare intendere alle famiglie il grave pericolo che si corre, nel trascurare certe misure. Vi dirò qualche fatto in pruova della verità di questa asserzione, e cioè che convien seriamente pensare all'isolamento ed allo sgombero di tutte le località, e degli Educatorii nei quali sono uniti bambini o giovani studiosi, quando quivi compare un caso di difteria. Qualche anno fa, in uno dei principali Collegi della città si sviluppava un caso grave di difteria, importato in sito da una ragazza che si contagiava mentre era a casa sua con un fratellino difterico, che ne morì. Tornata in Collegio, ebbe una difteria gravissima. Attuammo subito e rigorosamente misure profilattiche; fu fatto sgomberare l'Educatorio, ed avemmo la soddisfazione che non ci fu a deplorare nessun altro caso. A poca distanza da questo, in altro Collegio, si verificò una piccola epidemia di difteria per cui fui sollecito raccomandare le medesime misure; ma non si fece quello che io ordinava, la epidemia si moltiplicò e fu fortuna che si mantenne benigna. Primo precetto adunque è quello di isolare l'infermo. Su questo isolamento conviene intendersi. Se voi relegherete l'infermo in una camera dell'appartamento, e permetterete con esso il commercio di molte persone sane, voi non farete nulla; gli altri bambini sani che credete al sicuro in altra camera, non sono punto garantiti. Voi dovete farli uscire dalla casa e limitare il numero delle persone che debbono assistere l'infermo, onde evitare che con un continuo traffico si moltiplichino i germi morbigeni e si diffondano. In circostanze speciali, ciò non si può ottenere assolutamente: per esempio di due bambini, uno ammala e l'altro sta al seno della madre; voi allora dovete contentarvi, se altro di meglio non si può, di mettere il bambino sano in una stanza a parte e raccomandare che la madre prima di andare a dargli latte si cambi di vesti e lavi le mani ed il capezzolo della mammella che deve apprestare con acqua aromatica. Molto di più deve dirsi per il medico; però, se nella stanza del-



l'infermo vi è il polverizzatore di acido fenico in funzione, voi diminuite con ciò il pericolo, perchè paralizzate l'azione del contagio. Io trovo poco esatto quello che si è proposto da qualcuno, cioè che il medico indossi una veste protettiva rivestita di sostanze disinfettanti. In tal caso avrete adottata una misura illusoria, ed i germi potranno aderire in parti del corpo o degli abiti che sono scoperte. Del pari illusorio mi sembra l'uso di veli o filtri antisettici che coloro i quali assistono infermi del genere potrebbero portare avanti la bocca e le narici. La via di penetrazione potrebb' essere altra, ed i germi potrebbero, restando latenti un certo tempo nel medesimo individuo, spiegare la loro malefica azione più tardi e sotto condizioni ignote. Il medico però, prima di avvicinarsi al letto di un infermo e prima di uscire dalla casa del malato, deve lavarsi le mani in acqua fenicata, come si usa anche per le medicazioni alla Lister, bastando una lasca soluzione, quella al centesimo. Deve in essa lavare gli strumenti di cui fa uso; e se vi sono più infermi del genere, cominciare a visitare i meno gravi. Le biancherie debbono essere messe da parte; per bene disinfettarle basta portarle alla temperatura di 100°, facendo per esse un bucato separato. È eminentemente profilattico, per la esplorazione dell'infermo, servirsi della coda di un cucchiaino che resta in casa, e segnato per uso esclusivo. Sarà bene togliere dalla stanza oggetti inutili, a superficie scabra, ove a preferenza possono aderire i germi della difteria, curando la massima nettezza. Inoltre si deve proibire il ritorno dei bambini sani, anche nel periodo della convalescenza, ed impedire di recarsi in siti infetti se prima non si sia fatta una buona disinfezione.

Qualche tempo addietro, in alcuni giornali della città, a proposito della cessata epidemia di Portici, si cercava con belle parole sedare gli animi, invitando le famiglie, sulle più ampie assicurazioni, a ritornarvi per godere della villeggiatura. In questo garbato invito c'era una insidia, involontaria ma terribile; e voi l'avete già compresa. Se i germi morbigeni hanno una resistenza ed una tenacità incredibili; se ponno a lungo restar latenti e sotto favorevoli condizioni tornare a mostrare le loro tristi proprietà; è troppo giusto che non si creda cessato il pericolo, cessata che è la epidemia, e pria di permettere il ritorno nei siti che furono infetti, si provvegga rigorosamente per la disinfezione.

Si lascino, per molti giorni e per molte notti, aperte le finestre delle camere ove soggiornarono infermi di difteria; si lavino i pavimenti con soluzioni fenicate, si sgomberino le suppellettili; si continui per più giorni la polverizzazione fenicata; si cambiino i parati ai quali volentieri aderiscono i germi morbosi. Si abbia cura massima nel seppellimento, e non si portino in giro i piccoli cadaveri, come ho saputo si pratica in qualche città della Basilicata.

Nè questo è tutto: rammentatevi che anche i convalescenti possono tra-



smettere la malattia, e quindi egli è un dovere lo interdire ogni contatto con infermi che appena appena lasciarono il letto. A questo proposito io aggiungo che le scuole pubbliche rappresentano, a mente mia, un gran mezzo di trasmissione, e converrebbe oramai richiamarvi tutta l'attenzione. Noi abbiamo una paura d'inferno del colera, e quando lo si sospetta solo, giustamente diventiam rigorosi ad oltranza: per la difteria versiamo lagrime e lamenti; si grida a squarciagola che non possediamo rimedii per curarla, ma diventiamo pur troppo negligenti. Ebbene: formulare nei Congressi petizioni alla Camera; rivolgere istanze ai Municipii, significa sprecare una fatica che sarebbe più utilmente spesa nel fare intendere meglio alle famiglie la missione del medico. Convien prevenire. Ora io, dalle mie personali osservazioni non temo affermare che un buon terzo degl'infermi difterici da me osservati, aveano lasciato il giorno innanzi la scuola: nella scuola ci ha contatto di giovanetti sani con convalescenti, quando i genitori poco solleciti, cessata la febbre, rimandano poco dopo fuori casa i bambini, specialmente se la forma fu mite; contatto con gl'infermi, quando il bambino con leggiero malessere, non creduto, o birichino, lasciò il letto e la casa; contatto con le persone familiari che conducono e riprendono i giovanetti, i quali hanno fratelli, sorelle, cugini ammalati di difteria. Per carità, miei Signori, non traducete tutto questo, come non vorrei, che si dovesse abolire la scuola; ma fate intendere alle famiglie agiate che, in tempi di epidemia, una visita quotidiana del medico, prima di far uscire i bambini, non sarà senza profitto. Per le scuole popolari, poi, sarebbe giusto che un medico invigilasse, anche superficialmente lo stato di coloro che le frequentano; e per la difteria, un'occhiata alla gola ed una tastatina di polso non sarebbero un gran che.

Migliorare le condizioni del sottosuolo di una città; sorvegliare la posizione dei pozzi neri; prosciugare i siti umidi, per le quali misure, come si è visto in Iscozia la difteria può scomparire da certe contrade, sono problemi di soluzione più difficile . . . ., ma son cose che non si devono ignorare.

Esagerate però, come faccio io, in queste regole profilattiche; senza la esagerazione, le levate di spalle, la indifferenza, i casi di Tizio e Sempronio che ne rimasero incolumi, citati male a proposito, concorreranno a rendere l'angina difterica sempre più tenace, ed a buttarci sul muso la impotenza dell'arte nostra.

Signori. L'argomento, interessantissimo, mi ha fatto abbastanza prolungare queste conferenze sull'angina difterica: voi però mi renderete giustizia col tempo, quando toccherete con mano che il linguaggio che vi ho parlato, è quello della verità.





## LEZIONE QUATTORDICESIMA

### IX.

#### **Difteria laringo-tracheale o crup. — Cause, Note anatomiche, Reperto laringoscopico.**

**Sommario.** — Difteria laringo-tracheale o crup. — Che tra i due processi ci sia identità lo dimostrano il criterio storico, quello anatomico e clinico. — Storia della parola crup. — Riscontro di questo vocabolo presso altre nazioni. — L'etiologia è quella stessa dell'angina difterica. — Note anatomiche. — Esame laringoscopico. — Che cosa si pensi della laringite difterica. — Complicanze e bisogno di bene diagnosticarle.

SIGNORI,

Quando la difteria si localizza alla laringe ed alla trachea, prende il nome di *difteria laringo-tracheale* o *crup*, come si dice con un vocabolo meno scientifico, ma assai più pratico. Quest'enunciazione, però, solleva una delle più gravi quistioni riferibili all'identità o non identità del crup e della difteria, due processi che la scuola anatomo-patologica moderna tende ostinatamente a separare. Ora se volessi schierarvi dinnanzi tutto il materiale scientifico invocato per sostenere o combattere codeste vedute, io andrei troppo per le lunghe, e finirei per stancare o deviare la vostra attenzione. Preferisco invece di procedere spigliato, e riferirvi tutto ciò che è caduto sotto la mia lunga osservazione, e che son certo voi sarete in grado di poter controllare il dimani della vostra pratica.

Comincio dal dirvi che facendo tesoro del criterio storico, noi comprendiamo subito come una tal quistione abbia potuto sollevarsi. Per vero, fino al decimoquinto secolo, sotto la denominazione di *cynanche maligna* o *cynanche stridula*, si comprendevano tutte le diverse localizzazioni della difteria e tutte le possibili conseguenze del così detto mal di gola gangrenoso, che noi dobbiamo nettamente separare dall'angina difterica. Nel 1765, Home impressionato dalla prevalenza dei fenomeni laringei nel corso della difteria, credette in questi scovrire i segni di un'affe-



zione distinta, e trovò numerosi seguaci che con lui sostennero questo concetto e la denominazione *crup*, che però era già in voga in Iscozia presso il volgo, ed era stata già adoperata dal suo predecessore Patri-zio Blair. Com'era naturale, successe che sotto la voce *croup* si confusero altri processi morbosi, i quali non erano la difteria, ma portavano egualmente, come la localizzazione della difteria alla laringe, fenomeni di soffocazione; onde noi troviamo le denominazioni erronee di *crup catarrale*, *falso crup*, *crup spurio*, denominazioni che vedremo corrispondere a stati patologici diversissimi, specialmente alla laringite stridula ed allo spasmo glottico.

In Inghilterra, intanto, la difteria ebbe una lunga remora: voi ricorderete lo schizzo storico che vi feci; e quando nel 1856 le epidemie ricomparvero, tenendo presenti le osservazioni di Home, sotto il nome di *crup* si comprese un'affezione infiammatoria della laringe, non contagiosa, la quale portava fenomeni di respirazione stridula. Invece in Francia le epidemie si erano succedute l'una all'altra, ed i medici di quelle contrade avevano avuto agio di familiarizzarsi con la difteria, onde non caddero in quell'errore nel quale erano caduti i medici inglesi, credendo cioè che la localizzazione laringea si dovesse ripetere da momenti estranei all'angina difterica, precisamente come è accaduto in Italia.

Per vero, dopo le epidemie descritte da Marco Aurelio Severino, da Nola, Carnevale, ecc., noi abbiamo assistito nel secolo presente soltanto, alle stragi che l'angina difterica ha menato; e illuminati dal concetto anatomico che le odierne teorie ci portavano come novità, abbiamo bruciato incensi innanzi alla scuola tedesca, ed abbiamo dimenticata la clinica, menando pompa di denominazioni che falsano il concetto patogenico della malattia.

Vi ho riferito questo, per conchiudere che le distinzioni tra *crup* e difterite furono create da un equivoco, o meglio da un errore nel quale era incorso lo stesso Home, credendo che i fenomeni laringei, che tanto lo colpirono, si dovessero ripetere da cause estranee alla difteria, e si potessero ritenere come espressioni di una malattia autonoma.

Non è solamente il criterio storico che ci deve preparare il campo a credere all'identità dei due morbi; ve ne sono altri due vevolissimi, che rappresentano direi quasi il compendio di tante proposizioni che io brevemente vi analizzerò.

Criterio anatomico — Mi piace farvi riflettere che Virchow stesso, che possiamo ritenere a giusto titolo, dopo il Rokitansky, padre dell'anatomia patologica, Virchow stesso ha dovuto ritornare sulle definizioni che aveva dato dell'essudato cruppale e dell'essudato difterico. Mi fermo un pochino su questo, perchè, giovane al par di voi, ricordo quanto pro-



fondamente siano state scosse le mie convinzioni, quando, dopo essere uscito dalla scuola professando le stesse teorie che oggi vi s'insegnano, ho visto il controsenso che regna nella pratica; vi prego quindi seguirmi attentamente e giudicare con imparzialità se sia nel vero o no. Or bene, che cosa ci venne insegnato? Che essudato cruppale si dovesse dire quello che si coagula e deposita alla superficie dei tessuti, — ed essudato difterico quello che si approfonda negl'interstizii dei medesimi. Vi ho detto e ripeto che Virchow stesso dovette ritornare su queste definizioni, quando si accorse che le due forme di essudato passavano l'una nell'altra con insensibili gradazioni.

Allora che questo eminente patologo ritornò sui suoi passi, ci fece sapere che per essudato difterico doveva considerarsi quello nel quale ci fosse mortificazione dei tessuti. Questo fatto fu anche smentito dalle osservazioni, giacchè si vide che poteva accadere necrosi dei tessuti, mentre l'essudato clinicamente rispondeva al così detto cruppale. In breve, noi ci accorgemmo che le distinzioni fatte ad occhio nudo tra questi due essudati potevano essere fallaci, e rivolgemmo la nostra attenzione al microscopio; interrogato il quale, il responso fu anche equivoco. Per vero, mi basterà dirvi che il Wagner ed il Rindfleisch hanno finito per confessare, l'uno nel 1876 nell'*Archiv der Heilkunde*, l'altro nella terza edizione del suo: *Lehrbuch der Pathologischen Gewebelehre*, che al microscopio non esisteva differenza di sorta tra l'essudato cruppale e l'essudato difterico: alterazione degli epiteli nell'uno e nell'altro; formazione di una rete con prolungamenti degli elementi epiteliali; migrazione di leucociti; degenerazione vitrea delle cellule nell'uno e nell'altro. Il problema dunque restava tutto affidato alla clinica, pesava tutto sulla responsabilità delle osservazioni, e noi spregiudicatamente ci facemmo a vedere quali erano le possibili differenze cliniche che coincidevano col preteso essudato cruppale e col preteso essudato difterico.

È una storia vecchia che voi conoscete, ma che io vi ripresento per attaccarla coi più positivi argomenti che c'insegni la pratica.

Si disse e si ripete che ci ha, relativamente ai due essudati, differenza di sede; cioè che l'essudato difterico può invadere la faringe, le coane e discendere nelle vie inferiori del respiro, mentre il cruppale resta limitato alla laringe; tanto vero che le statistiche c'insegnano che il così detto crup primitivo o crup d'emblée dei Francesi è raro, e si verifica soltanto nella proporzione del dodici per cento. Ma voi comprendete che se teoricamente questo fatto può sussistere, logicamente non può ritenersi vero. Potremmo noi dire che muta l'essenza del reumatismo, sol perchè troveremo colpite in un caso le articolazioni delle vertebre cervicali ed in un altro l'articolazione del ginocchio? Potremmo dire che il cancro perde le sue proprietà quando l'osserviamo ora in una



guancia, ora in un organo interno? In certi casi squisiti di crup laringeo, d'altronde, noi possiamo osservare localizzazioni in altre parti e in altri tessuti, come ho visto specialmente dopo la tracheotomia. Non so astenermi dal citarvi un caso così culminante che dovrà destare la vostra attenzione. Poco più di un anno fa, io operai di tracheotomia una ragazza di due anni che versava in grave pericolo di vita. Il curante era uno dei più distinti medici della città e specialista pei bambini, il Professor Somma, il quale giustamente aveva dovuto tener sospeso il suo giudizio sulla natura vera dell'affezione, dubitando se si trattasse di crup laringeo o di laringite stridula, perchè sull'istmo delle fauci mancava ogni traccia di essudato. Ma *periculum erat in mora*, e io fui prescelto per la tracheotomia. E poichè anche all'occhio mio le condizioni mi sembravano opportune, operai.

Non appena aperta la trachea, grossi lembi di false membrane vennero fuori, e così il dubbio relativo alla diagnosi si dileguò. Dopo tre giorni dall'operazione, tutta la regione pre-laringea, per l'estensione di otto centimetri in larghezza e due e mezzo in altezza, era convertita in una grossa falsa membrana, assumendo una forma che decorse per fortuna benignamente, ed attecchiva sopra una chiazza cutanea eritematica, provocata dalle precedenti applicazioni del ghiaccio; si accompagnò a considerevole tumefazione ganglionare, a febbre e positiva reazione intorno. Il caso importante per sè, diveniva importantissimo perchè dimostrava a chiare note che questo caso tipico di crup primitivo, offriva un esempio di riproduzione di essudato difterico sopra altri punti del corpo, attestando il carattere infettivo della malattia e la espressione più classica del morbo difterico. Aggiungete che in questi casi di crup laringeo primitivo, il più delle volte sull'istmo delle fauci vi ha un essudato membranoso scarsissimo che è la nota caratteristica del male, e la localizzazione laringea, tuttochè si ritenga primitiva, è sempre ripetizione del medesimo processo.

Si è detto che il crup non fosse contagioso, e la difteria sì; ed i meno ostinati vollero creare una distinzione anche più arbitraria, ammettendo un crup da causa esterna od accidentale, ed uno da causa interna o costituzionale (Jaccoud). Ma la contagiosità resta provata sino all'evidenza, sotto i nostri occhi, e da antiche osservazioni. Valleix, il figlio di Blache, e recentemente il Foulis, per tacere di altri, sono rimasti vittime di angina difterica contratta per aver assistito ed operato infermi di crup. Anzi la quistione del contagio si compenetra in un'altra, quella cioè della riproduzione della malattia in sedi e forme differenti, giacchè il Blache, il Valleix e il Foulis non solo si contagiarono operando infermi di crup, ma non morirono di crup, bensì di angina difterica.

Si disse che nel crup non ci fosse albuminuria, e nella difteria sì.



Fatto che fu smentito da ulteriori osservazioni e da esempi che potranno tuttodì cadere sotto i vostri occhi.

Si disse che nel crup mancavano le paralisi postume, e invece erano frequenti ed importanti nella difteria. Senza dire che, quando il crup volge a guarigione o si prolunga, noi osserviamo perfettamente queste paralisi che abbiamo viste nella difteria, mi preme farvi osservare come la localizzazione laringea uccida per laringo-stenosi prima che si sviluppino gli altri fenomeni generali.

Si è detto da ultimo che il crup fosse una malattia locale, e la difteria una malattia generale, invocando l'altezza della febbre, l'ingorgo dei ganglii linfatici, e tutta la sindrome fenomenologica che abbiamo visto accompagnare l'angina difterica. Però quando praticherete diligenti osservazioni termometriche sin da principio nel crup, vedrete che la febbre è egualmente risentita; ma poichè ci ha prevalenza della laringo-stenosi su tutti gli altri sintomi, questo primo periodo si perde ben presto in una scena adinamica, che si spiega per la stasi, per la debolezza, per l'impedita respirazione. Vi ripeto che la mancanza d'ingorgo ganglionare nel crup dipende da una disposizione anatomica delle glandole in cui sboccano i linfatici della laringe e della trachea; mentre le comunicazioni della faringe coi ganglii esterni sono vastissime, quelle della trachea e della laringe sono limitate a due glandole solitarie sotto le grandi corna dell'osso ioide, e di lato alla trachea.

Il qual fatto trova una conferma negli altri processi morbosi che pur tendono a portare degenerazione dei linfatici, supponiamo il cancro laringeo; anzi le affezioni cancerigne della laringe sono tanto più difficili a diagnosticarsi, in quanto che non provocano l'ingorgo ganglionare così come succede nelle altre parti del corpo, e specialmente per localizzazione all'istmo delle fauci. Infine la differenza della separabilità dell'essudato dipende dalla struttura dei tessuti nei quali esso si stabilisce. Nella faringe, nell'istmo delle fauci, non abbiamo la membrana limitante, come succede per la laringe; cioè gli essudati facilmente s'infiltrano nel tessuto sottomucoso, e difficilmente si staccano, mentre nella laringe la separazione accade assai nettamente.

Conchiudo questa digressione sulla identità dei due processi con le parole stesse del Mackenzie: « Noi oggi mostriamo una spiccata tendenza a raggruppare i processi morbosi dal punto di vista etiologico e patogenico; per il crup dovremmo commettere questa slogicatura, ritenere cioè che ci sono due processi morbosi identici per forma e per il loro prodotto (la falsa membrana), diversi per causa produttrice; cioè che ce ne sia uno che dipenda da infiammazione pura e semplice, ed un altro da cagioni specifiche, da cagioni infettive ». Non vi mancherà agio di riscontrare nei libri l'esame critico condotto intorno a questo quesito, ma



mi auguro che anche così brevemente, come ve l'ho discusso, voi possiate avere, se non con fondamento la convinzione identica che io ho, almeno qualche cosa che vi si avvicini.

Comunque però vadano le cose, è certo che la voce *crup* è di origine scozzese, anzi pare che la primitiva parola fosse *croops*, la quale poi venne tradotta in quell'altra *croup*, voce che era popolare e che Blair nel 1713 aveva adottata già prima di Home.

La verità di quest'origine noi la troviamo confermata in una corrispondenza che il vocabolo ha in altre lingue; per esempio nell'olandese *Geroop*, che vuol dire grido; nella voce islandese *Hropa*, nell'altra anglo-sassone *Hreopan*, nel gotico *Hropjan*, nel tedesco antico *Hrof*, nel tedesco moderno *Ruf*, le quali tutte significano respirazione stridula; ma la voce *crup*, traduzione del *croops* o *croop* è scozzese, e significa raucedine o contrazione della gola in lingua gallica.

Queste notizie ci sono date dal Mackenzie, il quale è una celebrità, ed esercita in Inghilterra. A lui è stato molto più facile raccogliere questi dati che sono molto importanti per la etimologia della parola, e provano l'errore nel quale siamo caduti falsando un poco il significato del *crup*.

Abbiamo lavorato un tantino per conchiudere che il *crup* è una localizzazione dell'angina ditterica; ora risparmiemo lavoro, giacchè relativamente ad **etiologia** io non potrei se non ripetervi tutto quello che vi ho già detto delle cause predisponenti e determinanti dell'angina ditterica. Lo speciale contagio che esiste sospeso nell'atmosfera, le peculiari condizioni climatologiche, i dati momenti che lo rendono più attivo, il terreno nel quale facilmente attecchisce, e l'età dei giovani individui che voi fissereste bene nella memoria, soprattutto quella dai due ai cinque anni, son tutte cose a voi già note. Ricordatevi altresì che la prevalenza di questa localizzazione pel sesso maschile resta compensata dalla prevalenza dell'angina ditterica nel sesso femminile, onde avete un totale che può essere ugualmente diviso in due cifre, per l'uno e per l'altro sesso. Dunque mi passo della storia etiologica del *crup*.

Sarò anche brevissimo relativamente alle **note anatomiche**, giacchè se ad occhio nudo e sotto il microscopio la membrana cruppale non si distingue dalla ditterica, io non potrei che ripetervi gli stessi caratteri fisici e chimici: lo spessore vario, la niuna alterazione che subiscono nell'alcool e nell'etere, la virtù dissolvente che hanno certe sostanze che utilizziamo in terapeutica. Invece, preferisco fermarmi alquanto sulla sede, sulla copia dell'essudato, esporvi qualche cosa che servirà a preparare le basi del concetto patogenico che potremo discutere insieme coi sintomi, nella prossima conferenza.

L'essudato ditterico nella laringe è dunque più facilmente separabile, per le ragioni anatomiche che vi ho espresse. Lo si vede con una certa



frequenza sulla faccia laringea dell' epiglottide, sui ligamenti ari-epiglottici e sulla mucosa inter-aritenoidea, e poi può invadere i ventricoli, le corde, e farsi strada lungo la trachea. Dal punto di vista clinico però, possiamo ritenere che, considerando come centro di localizzazione la laringe, il crup può esordire primitivamente da questa, e si chiama *crup primario* o *crup d'emblée*. Può essere secondario alle manifestazioni sull'istmo delle fauci, e allora si chiama *crup discendente* o *crup difterico* come dicono i tedeschi. Può essere, da ultimo, secondario ad essudati che partono dalla trachea, e si chiama *crup ascendente*. Senza reclamare priorità di sorta, io forse contemporaneamente allo Steiner adottava questa denominazione per alludere alla diffusione del processo che accadeva in un senso inverso, cioè dalle vie più basse del respiro verso la laringe. Poichè l'essudato agevolmente si distacca, difficilmente osserverete al di sotto emorragie considerevoli, o gravi perdite di sostanza, come succede quando l'essudato per mancanza di membrana omogenea si approfonda nei tessuti.

Vi prego non dimenticare queste poche cose che vi dirò delle note anatomiche, cioè che certe volte l'essudato può essere scarsissimo, tanto scarso che la scena sintomatologica del crup tace completamente, e voi non lo diagnosticate che col laringoscopio. Ovvero, che l'essudato può essere tanto abbondante, da occludere quasi completamente la laringe. Alcuni anni dietro fui chiamato per vedere la figlia di un professore di questa Università, la quale presentava chiazze biancastre sull'istmo delle fauci, febbre risentita ed una tosse insistente. Grazie al laringoscopio io potetti scorgere sulla faccia interna dell' epiglottide piccoli punti di un essudato che tendevano a riunirsi sotto forma di falsa membrana. Feci un pronostico riservato, come doveva in questo caso; ma fui sollecito di attuare una energica cura locale e generale. Ripetetti l'osservazione giorno per giorno, e fortunatamente la scena della laringo-stenosi si modificò tanto, che quella malattia assunse le parvenze di un semplice catarro, e come tale guarì perfettamente. Siate dunque informati che l'essudato cruppale eccezionalmente può essere tanto scarso da non destare la scena triste e tumultuaria della laringo-stenosi. Però, quando l'essudato è più o meno considerevole; quando la forma del morbo è quella che in generale suol essere, noi abbiamo una considerevole tumefazione della mucosa circostante; ed è questo reperto quello che mi ha fatto emettere una teoria intorno alla dispnea nel crup, che io credo la più esatta e la più vera. In altri termini, io porto opinione che la laringite difterica si possa dire una laringite flemmonosa, in cui ci ha un essudato membranoso più o meno abbondante. Quest'edema collaterale può essere alla sua volta più o meno sviluppato a seconda delle sedi che predilige l'essudato, ma novanta volte su cento non manca, ed è



quello che deve renderci conto di certi fenomeni che noi quanto prima analizzeremo.

Le altre note anatomiche sono di ordine secondario; alcune di queste noi già le conosciamo: le stasi, le alterazioni del cuore, della milza, del fegato, dei reni. Qui mi preme ricordarvi la frequenza della ripetizione del processo in quelli tra i bronchi che decorrono in direzione verticale, e soprattutto la coesistenza di enfisema polmonare e di nuclei atelectasici che si spiegano facilmente, e non per effetto del crup come processo, ma dal crup come laringo-stenosi.

Cercheremo interpretare assieme queste lesioni così diverse e discordi, quando analizzeremo i sintomi; sin da ora vo' farvi rilevare che la nozione di questo fatto è interessantissima, giacchè richiamata sopra l'attenzione, importa clinicamente distinguere le polmoniti lobulari periferiche ed i nuclei atelectasici, dalle pneumoniti lobulari centrali in nesso col crup; le ultime che controindicano la tracheotomia, le prime che ne accrescono le indicazioni.



## LEZIONE QUINDICESIMA

### X.

#### Sintomi.

**Sommario.** — La sintomatologia del crup si deve studiare in un caso primitivo. — Consideriamo tre stadii: catarrale, essudativo, paralitico. — Variano per intensità e per durata, onde le varietà di crup fulminante e prolungato. — a) Stadio catarrale. — C'è sempre febbre. — Ci sono disordini subiettivi di poco conto, come ce n'ha uno obiettivo, la tosse, di gran valore, senza però esser patognomonic. — Disturbi fonetici e respiratorii. — b) Stadio essudativo. Stenosi laringea cospicua. — I disturbi vocali possono dare fin l'afonia. — Tosse che si modella sulla voce. — Segni obiettivi toracici e laringei. — Disturbi circolatorii. — Euforie che intercorrono. — Accessi cruppali. — Spiegazione di tutti questi sintomi. — Teorie sulle cause della laringo-stenosi: quella di Bretonneau e Gerhardt e di altri. — È possibile la paralisi dei crico-aritenoidei postici, la coalescenza delle corde vocali (Niemeyer), un difetto di coordinazione nella meccanica respiratoria (Rudnicky)? Si può spiegare per la presenza di essudato membraniforme? La nostra ipotesi. — c) Stadio paralitico. I disordini respiratorii e circolatorii raggiungono l'acme: anestesia cutanea. — Esiti: Guarigione, morte e da che prodotta.

SIGNORI,

A proposito della sintomatologia del crup, io debbo dichiararvi che se la mia parola, incolta e disadorna, non riuscirà a dipingervi nei loro veri colori i fenomeni morbosi che noi osserviamo, neppure quella del più esperto clinico, del più sperimentato patologo il saprebbe. È un quadro fenomenologico che resta assai più impresso, sol che lo si vegga una volta. E però costretto a parlarvi della storia patologica dei sintomi del crup, preferisco ad una descrizione immaginosa, l'analisi minuta dei sintomi istessi, acciò quel poco che riferirò possa rimanervi bene impresso nella memoria, e servirvi nell'interpretazione dei fatti.

Vi ricordo anzitutto che anatomicamente abbiamo distinto un crup discendente ed uno ascendente, e poi un crup primitivo o crup d'emblée dei francesi. Importa tenere ben presente questa distinzione per li-



mitare il compito che ci proponiamo; onde discorrerò esclusivamente dei fenomeni laringei per lesione difterica che s' inizia primitivamente nella laringe. Se io volessi parlarvi, per esempio, del crup discendente, dovrei rifare la storia sintomatologica dell' angina difterica, dirvi come esordisce la febbre, qual' è l' aspetto delle tonsille e dell' istmo delle fauci; quali sono i fenomeni collaterali; come si comporta l'ingorgo ganglionare; quali sono i pericoli che ne derivano per l'infezione: cose che voi già conoscete. E trattandosi di un crup ascendente, dovrei tesservi invece la storia sintomatologica di una tracheo-bronchite pseudo-membranosa, che ha caratteri comuni con la tracheo-bronchite d'indole diversa, e che voi conoscete pure perfettamente. Io dunque faccio astrazione dall'una e dall'altra fenomenologia, e vi descriverò un caso tipico di crup primario della laringe, per vedere meglio quali sono le differenti fasi che la malattia attraversa.

Per comune consenso, tutt' i trattatisti hanno distinto tre periodi che chiamano periodo catarrale, periodo essudativo o di laringo-stenosi, e periodo asfittico o paralitico.

Per vero, il crup laringeo segue rigorosamente talune fasi che sono abbastanza differenti tra di loro, e l'insieme delle quali caratterizza il ciclo della malattia; con la differenza, che questi tre diversi periodi possono avere ciascuno per sè una durata differente, ed allora il decorso del morbo viene ad essere cangiato. Così il periodo prodromico, a torto detto tale, giacchè non si tratta di fenomeni precursori del morbo, ma di lesioni iniziali di un processo autonomo; il periodo prodromico, io dico, può durare da poche ore ad alcuni giorni, esattamente come il periodo terminale od asfittico; e quello che è sempre più lungo, anche con una durata relativamente breve del morbo, è il periodo di mezzo o periodo essudativo. Quando le successioni morbose sono così rapide che tutto il corso del morbo resta assoluto entro poche ore, il crup si dice *fulminante*; e si dice *prolungato*, quando protraendosi il tempo che segna il periodo essudativo, si va oltre i quattro, cinque, sei giorni, che rappresentano la cifra media con la quale si assolve la maggior parte dei casi di crup. Cosicchè voi comprendete che le differenze cliniche designate col nome di crup *fulminante* e di crup *prolungato*, non sono riferibili ad altro se non alla durata varia del morbo, e più particolarmente alla durata dei singoli stadii.

a) Il periodo catarrale del crup è marcato dall'invasione febbrile; febbre la quale è costante e certe volte elevata. Voi potete dogmaticamente ritenere che non ci sono casi di crup senza febbre; e quando il termometro vi segnerà la cifra normale, ricordatevi che probabilmente voi praticate l'osservazione termometrica in un periodo distante dal primo esordire, giacchè la febbre può prontamente declinare; senza dirvi che a



misura che si va avanti, ai fenomeni di eccitazione subentrano fenomeni adinamici, al primo stadio subentra quello asfittico o paralitico.

Che la temperatura sia realmente elevata non è generalmente ammesso; ma la maggior parte degli autori sostiene l'opinione che vi ho formulata. Però ho il dovere di aggiungere che la cifra di 40° non è costante, e voi potete avere oscillazioni varie, mai però meno di 39°, purchè queste osservazioni siano eseguite a tempo, così come io ho avuto l'agio di fare. Poichè ci occupiamo un poco del ciclo termometrico, aggiungo che a misura che si va avanti, la febbre può interamente scomparire, per quello che vi ho già detto; oppure potete avere riaccensioni febbrili che esprimono, permettetemi la parola, novelle eruzioni della malattia, specialmente diffusione verso il tratto inferiore delle vie del respiro; onde ci ha una certa analogia tra il ciclo termometrico del crup e quello dell'angina difterica, sia perchè questa curva si può rapidamente esaurire, sia perchè potete avere nell'uno e nell'altra riaccensioni febbrili molte volte giustificate dalla estensione del processo locale.

Con la febbre coincidono fenomeni di catarro gutturale e laringeo; i bambini più grandicelli accusano una certa molestia, un formicolio nella gola: fatto che ho il dovere di citare perchè lo troverete registrato nelle patologie, ma sul quale invano fareste assegnamento pel giudizio diagnostico, come neppure il potreste per il malessere, il cambiamento di carattere, e tutti quei sintomi premuntori che si riscontrano in generale in quasi tutte le malattie. Però quella che domina la scena, insieme alla febbre, è la tosse stizzosa, conquassante, sonora, con un timbro speciale, e che nel linguaggio volgare si dice *cruppale*. Vedremo, o Signori, che è caratteristica della malattia la mutabilità di carattere di questa tosse. La tosse secca, stizzosa, abbaiente, cederà ben presto, diverrà meno frequente, rauca, afona del tutto; ma in principio questo speciale timbro, e forse un leggiero sibilo che lo accompagna, accredita la denominazione volgare di tosse cruppale, quella tosse che allarma le famiglie e alle volte le fa decidere ad invitare i medici, anche per affezioni laringee che non hanno il carattere cruppale. Voglio dire con ciò che il carattere cruppale della tosse nel crup è stato falsamente invocato come segno patognomonico; esso non è caratteristico della malattia, vuoi perchè si muta presto, vuoi perchè si riscontra in altre affezioni che non sono più il crup, anche in un catarro ordinario che resterà tale per tutto il suo decorso, anche nella laringite stridula che è una laringite infiammatoria di carattere comune attuata nei giovani soggetti.

La voce, in questo periodo, può essere leggermente fioca, e così si tira avanti per un tempo proporzionato a questo primo periodo. Quando si accentuano sempre più le lesioni catarrali, di cui ora vi discorrerò, co-



mincia ad intervenire un perturbamento nella respirazione, cioè la respirazione comincia ad essere rumorosa, difficile, frequente, e tale da compiersi con l'aiuto di tutt'i muscoli ausiliarii.

b) Lo studio dei fenomeni di questo secondo periodo, essudativo, è dei più importanti ed io andrò adagio; vi analizzerò ciascun fenomeno nella sua essenza, cercheremo di ciascun sintoma la interpretazione più plausibile; così voi non vi dorrete se in questo capitolo io fonderò la patogenesi del morbo, cercando esporre il concetto anatomico che dobbiamo portare intorno al crup; così come ce l'hanno dipinto le numerose osservazioni laringoscopiche che si son fatte in quest'era moderna.

La stenosi laringea è la nota culminante del secondo periodo. La respirazione, ho detto, si fa rumorosa e laboriosa, e questo particolare stridore potete notarlo nei due tempi della respirazione, o prevalentemente nella inspirazione. Tra breve io vi metterò sotto gli occhi le lesioni anatomiche rivelate dallo specchio laringeo, ed allora noi potremo renderci conto del perchè di questo fatto. Mi basti però sin da ora annunziarvi che quante volte la tumefazione della mucosa, o la copia degli essudati è tale da restringere uniformemente e costantemente il lume della laringe, ugualmente rumorose e difficili saranno l'inspirazione e l'espiazione; mentre quando la disposizione delle false membrane permette un movimento delle stesse in un senso, e principalmente verso la cavità laringea, la inspirazione è più rumorosa della espiazione, e quest'ultima può farsi perfino in certe circostanze in modo pressochè normale. Voi, quindi, non potete utilizzare il carattere dell'inspirazione e della respirazione rumorosa, ma dovete attendervi questi varii fenomeni, cercando di spiegarli sulla falsariga del reperto anatomico.

Come la respirazione diviene più difficile, muta il carattere della voce e della tosse; cioè dalla fiocaggine si va alla raucedine, e dalla raucedine all'afonia. Or poichè le corde vocali non possono vibrare per ostacolo materiale prodotto dall'edema o dalle false membrane, si ha una tosse egualmente afona, o come bellamente diceva il Trousseau, voi *vedrete* e non *sentirete* più tossire questi bambini. Vuol dire che ai movimenti tumultuarii della espiazione, ed a quel suono che vi ricorda la tosse, voi riconoscete che questo movimento riflesso che noi chiamiamo appunto tosse, non si esplica più con quel suono caratteristico dovuto al ravvicinamento delle corde vocali, ma con uno indistinto, che è dovuto al difetto di vibrazione della colonna d'aria che sfugge attraverso una glottide insufficiente.

È facile con la laringo-stenosi renderci conto di tutt'i fenomeni che succedono nella sfera del tratto respiratorio, e nella sfera del sistema circolatorio. Per vero, a misura che la laringo-stenosi aumenta, minore quantità di aria penetra nei polmoni, ed in ogni inspirazione prolungata



per la ristrettezza della glottide, ci sarà tendenza al vuoto. Di qui prevalenza della pressione atmosferica e aspirazione del diaframma; di qui quel solco caratteristico che noi vediamo alla base del torace, nel crup e in tutte le gravi laringo-stenosi.

L'appendice ensiforme rientrata, restringe il diametro antero-posteriore del torace, ravvicinandosi alla colonna vertebrale per circa due millimetri. La prevalenza della pressione esterna deprime le pareti toraciche, onde verso le prime coste si nota un solco che basta vedere per indovinare il grave ostacolo che regna nelle vie alte del respiro. Aggiungasi che la tendenza al vuoto aspira il diaframma, e voi vi accorgete che malgrado la contrazione inspiratoria di questo muscolo, esso rimane in alto, come rivela il limite di percussione del fegato. Così pure, malgrado la contrazione dei muscoli pre-laringei, la prevalenza della pressione atmosferica porta indietro la laringe che è in preda a movimenti convulsivi di salita e di discesa, quali non noterete mai nella stenosi delle vie inferiori del respiro, e che giustamente sono stati consacrati come caratteri distintivi tra la stenosi di origine laringea e quella di origine tracheale. Anzi se studiate bene il modo di comportarsi della cassa toracica nella laringo-stenosi da crup, vi persuaderete che per l'intervento di tutt'i muscoli ausiliarii della respirazione, la porzione antero-superiore del polmone rimane in una dilatazione intensa, giacchè in quella regione non ha luogo avvallamento della parete toracica, e durante la espirazione le parti limitrofe del polmone premono su questa, e l'aria sequestrata è causa di aumento di produzione di quell'enfisema del quale vi ho parlato nella precedente conferenza; enfisema polmonare che nel crup riscontriamo di preferenza negli apici, e del quale troviamo una doppia ragione di essere, cioè sia nella fase inspiratoria per la dilatazione degli apici, sia nella espirazione, perchè mancando muscoli espiratorii propri, le parti limitrofe del polmone debbono esercitare una compressione su queste parti più alte, e l'aria non può sfuggire a causa della stenosi. Viceversa, la porzione basica del torace si lascia deprimere, le pareti toraciche appaiono avvallate, e le parti del polmone risentono nella espirazione più da vicino la pressione esercitata dagli organi addominali. Ora, sia per deficienza di aria nelle parti più basse del polmone, sia per la presenza di pus o di false membrane, voi avete nella regione basica la prevalente formazione di nuclei atelectasici, che si spiegano per lo stesso processo e per una ragione meccanica.

Comprendete che gli effetti che deve risentirne il sistema circolatorio debbono anch'essi essere subordinati alle lesioni di cui vi ho parlato. Durante l'inspirazione, fisiologicamente, ci ha un'aspirazione del sangue dalle vene del capo; se per fatto patologico questa dilatazione inspiratoria si prolunga, ci sarà maggiore tendenza al vuoto, e l'aspirazione del san-



gue dev' essere sempre più favorita; così il volto acceso dei bambini, nel periodo catarrale per le scosse della tosse, si muta in un colorito pallido, dovuto alla aspirazione del sangue dalle vene cefaliche al cuore. E quando nel terzo periodo il cuore si vuota male, ed il sangue è sovraccarico di acido carbonico, al colorito pallido subentra il colorito plumbeo. Onde seguendo passo passo le diverse alterazioni che si verificano nella meccanica respiratoria per la laringo-stenosi, voi vi rendete conto dei disturbi che succedono nel sistema circolatorio, specialmente per ciò che riguarda colorito, per ciò che riguarda polso, che vibrato e forte da principio, finisce per rendersi piccolo, irregolare, intermittente, e certe volte segna l'esaurimento, la sincope che può chiudere la scena.

La frequenza respiratoria, la quale compensa in principio il difetto di ossigeno, nelle gravi laringo-stenosi cede il posto ad un rallentamento; e questo è vero per tutte le laringo-stenosi indistintamente. Questo rapporto fra il rallentamento della respirazione e il grado elevato della stenosi, intraveduto dal Traube per il primo, si è cercato spiegare per una irritazione del laringeo superiore; opinione che resta combattuta dal fatto che la tracheotomia fa ritornare la respirazione alla cifra normale; opinione che pare scalzata dall'altra del Breuer il quale invocherebbe l'influenza dell'auto-governo del polmone. Ricordatevi però di questo possibile, acciocchè non abbiate a credere la cosa insolita e strana.

Questa scena sintomatologica dovuta al restringimento della glottide, che si esprime con l'ansia, con l'angoscia, con la difficoltà del respiro, col bisogno che gl'infermi hanno di puntellare le estremità per sollevar bene le clavicole, con un lavoro continuo delle pinne del naso, con la bocca aperta, subisce alternative curiosissime d'immediamento e di aggravamento. L'euforia molte volte dipende dagli effetti della medicatura messa in atto, specie dal vomito, quando porta fuori delle false membrane; ed allora ampliato alquanto il lume della laringe, i fenomeni laringei e respiratorii si mitigano, lo stridore diviene meno forte, il volto meno pallido, respiro e circolazione si ristabiliscono. Viceversa, ed è il fatto più frequente, questa scena desolante, proporzionata al grado dello stringimento del lume laringeo, subisce aggravamenti che si chiamano *accessi cruppali*; cioè gl'infermi che già respiravano male, cominciano ad avere una smania, un bisogno di portar la mano al collo, e la respirazione quasi si sospende, e quel particolare stridore che voi avvertivate cessa; indizio che il passaggio della corrente d'aria è perfettamente intercettato; oppure si dimenano nel letto, arrovesciano la testa indietro, acciò i muscoli larghi della regione del collo dilatino un poco lo spazio della glottide inter-cartilaginea. Questi accessi durano pochi minuti, e possono indurre la morte per asfissia in vista della completa occlusione; oppure possono, cedendo, far ritornare le cose allo stato primitivo.



È importante ora che discutessimo le diverse teorie che hanno regnato e sulle cause che determinano la laringo-stenosi nel crup, e su quelle che provocano questi accessi cruppali. Mi occuperò anzitutto delle prime. Bretonneau e Gerhardt dicono che questi accessi sono dovuti al muco che partendo dalla trachea e dai bronchi, urtando sulla superficie inferiore delle corde vocali, provoca uno spasmo. Noi immaginiamo agevolmente che accanto al processo specifico ci debba essere flogosi catarrale; le sezioni lo dimostrano, la logica stessa ce lo farebbe presentire. Or bene nulla di più facile che quest'essudato mucoso, liquido, smosso dalla corrente d'aria, arrivi fino alle corde vocali, e ci renda conto di questo spasmo. Altri dicono che sono lembi di false membrane i quali intromessi fra le labbra della glottide, arrecando un aggravamento momentaneo della ristretta laringe, ci rendano conto dell'aumento dei fenomeni dispnoici. Altri infine hanno voluto ritenere il fatto di carattere puramente funzionale, parlando di uno spasmo dei muscoli laringei.—Qual'è la nostra opinione? Io credo che noi possiamo invocare tutti questi momenti assieme; tutti hanno delle buone ragioni per sostenersi con fondamento, tutti rispondono ai desiderati della patologia. Il vedere che certe volte l'accesso termina senza l'espulsione di muco-pus, rende verosimile l'ipotesi che certe volte questi accessi possono dipendere dai movimenti che le false membrane subiscono. Invece la corrente d'aria espirata o inspirata, sotto favorevoli condizioni può, sbarazzando la glottide, rimettere la cosa nel piede primitivo. Non possiamo dire improbabile l'altra ipotesi che ci sia veramente uno spasmo dei muscoli, giacchè io credo poco alle paralisi invocate da molti autori, meno per la spiegazione di questi accessi cruppali, più per rendersi conto della dispnea costante.

Arrivo ora a discutere le opinioni messe avanti per spiegare il restringimento della laringe. Non crediate che questo sia un capriccio o un lusso, giacchè le opinioni sono controverse; e sembra strano che in un processo così ben definito non si sia andati d'accordo. A questo proposito mi piace esporvi l'opinione che io porto intorno all'essenza vera della malattia. Si è detto che la cagione principale del restringimento della laringe fosse la paralisi dei muscoli crico-aritenoidei postici; ed in appoggio di quest'opinione si sono invocati il reperto laringoscopico da una parte, e le alterazioni muscolari dall'altra. Parecchi laringoscopisti, ed io tra questi, abbiamo avuto l'agio di praticare anche in giovani soggetti infermi di crup l'esame laringoscopico, ed abbiamo potuto osservare che, indipendentemente dalle altre note, la rima glottidea appare eccessivamente ristretta, in quanto che durante l'inspirazione le corde vocali non si separano tra di loro, cioè restano ravvicinate nella linea mediana. Dal riscontrare questo difetto di abduzione, gli autori hanno detto: sono paralizzati i crico-aritenoidei postici. Ci è



però molto ad obiettare a questa interpretazione. Il primo fatto è che certe volte, a tracheotomia compiuta, noi osserviamo che la mobilità delle corde si ripristina. L'altro fatto è che le più diligenti osservazioni dei muscoli laringei mostrano prevalenza di alterazione nei tiro-aritenoidei e note anatomiche che sono le comuni di una miosite classica, cioè degenerazione grassa, scomparsa delle strie, moltiplicazione dei nuclei del sarcolemma (Callandrea-Dufresse). Che siano i tiro-aritenoidei i più compromessi, lo indoviniamo valutando la vicinanza di azione per la flogosi che invade la mucosa laringea. — A proposito di una paralisi miogenica doppia dei crico-aritenoidei posteriori, vi spiegai come le cagioni reumatiche dovevano agire su quelli tra i muscoli laringei che sono più scoperti; ma nel crup la cagione morbosa risiede entro la laringe medesima; ed i muscoli che più debbono risentire l'alterazione collaterale sono quelli che stanno in maggior prossimità della mucosa. Dunque nè l'anatomia patologica, nè la clinica danno ragione alla paralisi dei crico-aritenoidei postici. Studiando questo fatto, io un tempo accarezzai l'idea del Niemeyer, cioè che la laringo-stenosi fosse prodotta da coalescenza delle corde vocali per la presenza di muco denso e tenace. Se non che, andando oltre con le osservazioni, sono ritornato su questa teorica, e quella che vado a presentarvi mi pare che abbia maggiori gradi di verità.

Prima, voglio dirvi due parole sull'ipotesi di Rudinicky che ammetteva un difetto di coordinazione nella meccanica respiratoria, e poi riferirvi l'opinione di coloro i quali facevano dipendere la laringo-stenosi dalla presenza dell'essudato membraniforme. Quest'ultima teoria è falsa, perchè vedrete infermi nei quali l'espulsione delle false membrane si esegue perfettamente, e ciò malgrado la laringo-stenosi resta la stessa. Dunque ci deve essere un'altra ragione che la spiega. — La prima pare più immaginosa che reale. Quando ci facciamo a ripetere l'esame laringoscopico, ci accorgiamo facilmente che indipendentemente dall'essudato membranoso, ci ha considerevole tumefazione della mucosa, edema più marcato dove la membrana è più lasca. Oltre al rossore vivace, avremo sempre l'agio di constatare che sulla mucosa inter-aritenoidea e nei ligamenti ari-epiglottici ci ha un certo grado d'infiltrazione; che la frequenza dell'essudato sulla mucosa inter-aritenoidea è massima, e così l'edema collaterale è sempre spiccato e classico. Nei casi di crup questa semplice nozione basta a renderci conto dell'errore nel quale sono caduti tutti quelli che hanno sostenuto teorie opposte; cioè, data l'infiltrazione edematosa della mucosa alla base delle aritenoidi, voi avete che le corde vocali difficilmente si possono abdurre; è quello che vi ho detto a proposito della tubercolosi laringea, e vi ripeterò tutte le volte che dobbiamo spiegare la laringo-stenosi con alterazioni poco marcate.



Voi sapete che le articolazioni crico-aritenoidee hanno per iscopo di addurre ed abdurre le corde vocali; quante volte la mucosa che copre queste articolazioni è gonfia, in modo che il movimento in fuori ed in dentro non può farsi, si avrà in grado proporzionale restringimento (per difetto di abduzione delle corde) e disfonia (per difetto di adduzione). Ed ecco come il ravvicinamento delle corde ha potuto farsi dipendere da paralisi, mentre credo si tratti di una vera anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee per infiltrazione edematosa. Cosicchè il crup laringeo sarebbe nient' altro che una laringite flemmonosa, una laringite in cui ci ha infiltrazione sierosa o siero-purulenta nelle maglie del tessuto sottomucoso, una laringite a cui si aggiunge la presenza dell'essudato membraniforme. Ma l'elemento principale della stenosi, nel crup, non è sempre la falsa membrana, bensì la prevalenza dell'edema collaterale; è questo che spiega un ostacolo nel movimento delle articolazioni crico-aritenoidee, e mentre ci rende conto dell'inefficace medicazione emetica, ci deve servir di guida a più razionali indicazioni.

c) Il terzo stadio è l'asfittico, il paralitico, nel quale si ha cianosi delle estremità, freddezza degli estremi, anestesia cutanea. L'anestesia cutanea è un criterio prezioso per decidersi alla tracheotomia. Basta semplicemente pigiare la cute; i bambini non reagiscono. In questo stadio paralitico, non possiamo avere che la guarigione o la morte. La guarigione si eseguirebbe per uno sgombero graduale dell'essudato e dell'ostacolo meccanico, col ritorno alle condizioni normali della respirazione e della circolazione. Allora la voce ritorna ad essere rauca, la tosse si fa più frequente, lo stridore è meno secco. Voi notate una sorta di rantolo umido dovuto alla formazione di essudato liquido che facilita il distacco delle false membrane, e l'ammalato risorge nelle forze, ed il pallore si dilegua. Ma invece, ed è questa la versione più costante, ha luogo la morte. Può avvenire per momenti differenti: cioè occlusione della glottide; asfissia per accumulo degli essudati; per intossicamento generale; per un arresto della respirazione dietro eccitazione centripeta del bulbo, come ha fatto notare Jaccoud; per sincope; per esaurimento; infine sotto coma o convulsioni. Le convulsioni però non sono la regola costante; il coma succede e si mantiene quando la stenosi, più lenta nel suo sviluppo, impedisce il libero reflusso e sopprime la coscienza, che quasi sempre rimane integra in questi miseri bambini.

Ora le poche cose che vi ho detto sui possibili esiti del crup servono ad evitare l'errore nel giudicare la morte prossima o lontana dallo stato dei polsi, perchè alle volte benchè siano vibrati, l'infermo poco dista dalla tomba; e voi sapete che il pronosticare esattamente è certe volte un merito grandissimo. Infine la morte può avvenire per le complicanze, ma queste come le più lontane, appena meritano di venir menzionate.



## LEZIONE SEDICESIMA

---

### XI.

#### Diagnosi e Prognosi del crup.

**Sommario.** — Diagnosi. — È facile ed è difficile. — Come si differenzii il crup dalla laringite catarrale, dalla stridula, dallo spasmo glottico, dal mughetto, dalle placche mucose, dai polipi congeniti della trachea, dall'ascesso retro-faringeo. — Consigli per l'applicazione dello specchio laringeo nei bambini. — Prognosi. — Statistiche e variazioni che subiscono secondo che si tratti d'infermi tracheotomizzati o no.

SIGNORI,

Sappiamo che cosa sia il crup, e quali sono i fenomeni che l'annunziano. Ora dobbiamo trattare una quistione clinica di grande interesse, quella cioè di vedere se la **diagnosi** del crup sia facile o difficile. Ebbene nella pratica accade precisamente questo: che vi sono circostanze in cui la diagnosi è facilissima, ed altre in cui non la si può assolvere con certezza, se non studiando bene il decorso del morbo. Mi spiegherò con esempi. Supponiamo che voi siate chiamati nel primo esordire del morbo, quando cioè ci sono sintomi di semplice catarro laringeo; come farete allora a prevedere che si tratterà di un'affezione crupale, e non di una infiammazione catarrale pura e semplice della laringe? È qui che il medico si trova in grandissimo imbarazzo; perchè, anche supposto che si tratti veramente di crup, anche supposto che voi possiate praticare l'esame laringoscopico, non avrete a rilevare altro che le note di un catarro ordinario. Vero è che l'essudato si forma assai presto, ma se voi siete invitati per tempo, potreste non rinvenirne traccia, ed invece constatare le note di una infiammazione classica. Bisogna, in tali circostanze, armarsi di prudenza, specialmente se ci ha ricorrenza epidemica, e fare attenzione alla febbre e allo stato dell'istmo delle fauci; perchè ove abbiate a riscontrare sulle tonsille una traccia anche lievissima di essudato, voi potete esagerare le vostre induzioni, e pensare che quest'essudato scarso non sia se non il precursore di una falsa



membrana e legare allo stesso processo delle fauci quello che s'inizia nella laringe. Anche supposto che gli essudati sulle tonsille siano abbastanza estesi, l'ingorgo glandolare può essere minimo, ecco perchè non potete fidare su questa assenza d'ingorgo ganglionare per negare il crup. E poichè certe volte con essudati difterici sulle tonsille può coincidere uno stato iperemico della laringe puro e semplice, le esitanze saranno maggiori, e l'aspettare varrà a salvaguardare il vostro amor proprio. Però dopo un tempo assai breve, voi avete argomenti per formulare con precisione il vostro giudizio, specie quando la laringo-stenosi comincia ad attuarsi e va avanti, e con essa riscontrate tutt'i disturbi funzionali che accadono nel sistema respiratorio e circolatorio, quali li abbiamo studiato nella passata conferenza.

Supponendo invece che arrivate nel secondo periodo, quando cioè la laringo-stenosi è stabilita in un soggetto giovanissimo, il nostro compito sarà alquanto più limitato, giacchè noi sappiamo che il crup è una malattia a preferenza della tenera età. In questo periodo della vita, la diagnosi differenziale dagli altri processi che potrebbero mentire la stessa scena, si fa agevolmente. Io vi schiererò davanti tutte le altre alterazioni della laringe e degli organi vicini che possono mentire la scena sintomatologica del crup, avvertendo che per talune basterà la sola citazione.

Quella che più da vicino somiglia al crup, è la laringite stridula o falso crup, come erroneamente la dicono taluni. Ho detto *erroneamente*, perchè non è esatto dire di un'affezione che è falsa; o è, o non è. E sotto questo punto di vista io vi prego di essere precisi nel linguaggio clinico, e sostituire, pel così detto falso crup, l'espressione più propria di laringite stridula. Questa diagnosi differenziale può essere eccessivamente difficile, fino al punto che i più esperti clinici si sono trovati in imbarazzo. Il Trousseau fa menzione di casi nei quali è stata praticata la tracheotomia ed a cui è seguita pronta guarigione perchè trattavasi di laringite stridula, come di altri nei quali è accaduta la morte e mentre si credeva al crup, si son trovate parimenti le note di una laringite stridula. Vi sono però certi criterii ai quali bisogna fare attenzione, non perchè siano patognomonicî dell'una o dell'altra affezione, ma perchè servono a metterci sulla buona strada: per esempio il criterio della voce. Nella laringite stridula, difatti, la voce conserva il suo timbro, più che nel crup nel quale rapidamente si estingue; e come la voce si mantiene la tosse, quella che abbiamo visto corrispondere in pratica alla così detta tosse cruppale. Voglio dire che andando avanti nel decorso della laringite stridula, la voce non è alterata troppo, e la tosse persiste conquassante, sonora, abbaiente; mentre l'opposto accade nel crup. Onde a ragione il Trousseau, che aveva l'intuito profondo e cercava di fissar bene nella memoria dei suoi scolari certi punti di ritrovo,



assai bene disse che il *falso crup finisce come comincia il vero crup*; perchè nella laringite stridula, a misura che passa più tempo, la voce si fa sempre più chiara, mentre nel crup accade il contrario. V'ha dippiù. La laringite stridula ha pure uno speciale modo di esordire, perchè quasi sempre l'accesso è istantaneo e di notte tempo. Se avremo agio di trattare della laringite stridula, io vi dimostrerò che l'invasione brusca è apparente; si tratta di una infiammazione catarrale intensa della laringe attuata in giovani soggetti, in individui cioè nei quali le dimensioni della glottide sono rudimentali. Or bene, la tumefazione catarrale della mucosa, che in principio non è tanto contemplabile, non provoca fenomeni di lesa respirazione, e poichè anche la febbre è meno forte di quello che sia nel crup, i bambini se la passano discretamente, quasi quasi non se ne lagnano, onde questo periodo preparatorio della laringite stridula sfugge all'attenzione dei genitori. Questi bambini vanno a letto benino, ma nel corso della notte sia perchè l'affezione si aggrava, sia perchè la mancanza di luce esercita una speciale influenza sul tratto respiratorio, come vediamo in tutte le affezioni morbose che cominciano a restringere il lume della laringe, sia perchè un poco di secreto catarrale tende ad accumularsi, sia infine perchè la respirazione durante il sonno si rallenta, il bambino è preso da accessi di soffocazione; mentre dorme, si sveglia, siede in mezzo al letto, il suo volto è acceso, egli si dimena, porta la mano istintivamente al collo, ed una profonda e rumorosa inspirazione attesta la difficoltà di respiro. Ecco come voi trovate registrata l'invasione brusca della laringite stridula, invasione che io dico però apparentemente brusca, giacchè in sostanza la malattia si preparava da alcuni giorni. Vero è che nel crup potete avere certe volte una invasione analoga, ma nella maggior parte dei casi il periodo prodromico va assai più lento nel suo svolgimento, e l'attenzione è richiamata sopra una localizzazione laringea, prima ancora che un accesso di spasmo glottico annunzii l'invadere di una triste malattia.

Voi comprendete che questa diagnosi differenziale è importantissima non solo pel pronostico, ma per la cura; giacchè se nella laringite stridula potete attendere ed esaurire tutta la scala dei medicamenti in fama, nel crup non è bene cullarsi in vane speranze, e converrà intervenire con una operazione chirurgica. Aggiungete che la laringite stridula suol verificarsi con pari frequenza nella stessa età come il crup, e voi intendete che nelle circostanze equivoche sarà necessario aspettare, prima di emettere un formale giudizio.

Un'altra condizione che più lontanamente può mentire il crup, è lo spasmo glottico; basta però tener presente l'età, le condizioni nelle quali si attua, l'intermittenza del fenomeno per scartarlo. Lo spasmo glottico è malattia che presceglie bambini di più tenera età, dai primi



mesi di nascita fino a due anni. Lo spasmo glottico è malattia afebrile, ad intermittenze, durante le quali il bambino sta perfettamente sano; si accompagna volentieri a contrazioni carpo-pedali; è parte di un tutto, è parte di un perturbamento che accade nell'intero sistema nervoso; cosicchè molte volte potete andare avanti sino a rintracciare la causa dello spasmo glottico in altre lesioni, una delle quali è la così detta cranio-tabe; per cui nella posizione orizzontale si eserciterebbe una pressione dalle ossa molli sul cervello, e di qui la contrazione spastica dei muscoli della laringe e degli arti.

Sino a poco tempo fa non si parlava neppure che il mughetto potesse attecchire nella laringe e provocare fenomeni simili al crup laringeo. Io sono stato fortunato abbastanza, da richiamare per il primo l'attenzione su questo punto. Una volta ho visto nel mio gabinetto un bambino di tenera età in preda a grave stenosi laringea ed a febbre risentita. Le condizioni in cui versava questo infermo erano desolanti, tanto che la scena sintomatologica mi ricordava assai da vicino il crup. Il bambino aveva pochi mesi ed io comprendeva le gravi difficoltà che avrei incontrato per la tracheotomia, vuoi per l'età, vuoi per le condizioni in cui l'osservava e per lo stato sociale, figlio come era di uno stalliere. Quel piccolo organismo si dibatteva tra vita e morte, quando io pensai al cateterismo laringeo; e cercai sulla punta del mio indice sinistro introdurre un catetere inglese N. 11. Nel fare questa manovra ho veduto l'epiglottide coinvolta da un essudato bianco, il quale se accreditava l'aspetto del crup, dall'altro me ne distoglieva, giacchè gli essudati crupali non sono mai così copiosi. Nel primo tempo d'introduzione del catetere si è lasciato sentire un sibilo, ed io ho avuto la certezza di essere penetrato in cavità; ma pochi momenti dopo, la respirazione si sospese ed io fui costretto a ritirare il catetere. Ciò fatto, il bambino respirò meglio; e quando, quasi istintivamente io dirigo lo sguardo agli occhielli del catetere, vi scovro una materia bianca caseosa, che ho compreso essere quella del mughetto. Allora ho ripetuto la manovra, ed ogni volta ho portato via pezzi di essudato, i quali ristabilivano sempre più la respirazione. Inoltre avendo fatto esaminare al microscopio questo essudato, vi si è riscontrato il caratteristico *oidium albicans*.

Ho raccontato un poco lungamente il fatto per dirvi come il caso mi ha guidato ad una importante nozione; così niun dubbio resta sulla possibilità di un mughetto laringeo; e questo, mentre deve entrare nella diagnosi differenziale col crup, se ne distingue facilmente, giacchè è sempre secondario di mughetto orale; voi guardando le labbra, la lingua, il velo-pendolo, troverete essudati analoghi sui quali non è più difficile conservare il dubbio.

Oltre a questi processi acuti endo-laringei, ce ne ha altri cronici, sui



quali richiamo la vostra attenzione; e badate che non lo faccio a caso, ma guidato da quell'esperienza che è frutto di una lunga osservazione. Una volta io sono stato invitato per praticare la tracheotomia in un bambino che si diceva affetto da crup, e dopo minute indagini, col medico curante convenimmo che si trattava di una sifilide laringea. Era un bambino che aveva dispnea analoga a quella del crup, aveva un poco di febbre; ma la laringo-stenosi si era svolta già da quindici giorni; ma sull'istmo delle fauci ci erano le note evidenti di condilomi piani; ma alle gambe esistevano ancora delle bolle di pemfigo; onde noi potemmo assai agevolmente eliminare il dubbio messo avanti dal curante, e fermarci all'idea di una sifilide laringea, tanto più che la presenza di placche mucose nella laringe e la possibilità che ne seguisse laringo-stenosi sono oramai fatti dimostrati.

Altrettanto potete dire di polipi congeniti della trachea, fibromi e papillomi certe volte riscontrati all'autopsia. So che sono l'eccezione, so che negli adulti noi dovremmo piuttosto analizzare tutto ciò che è capace di provocare una laringo-stenosi; ma vi dissi che a proposito di certi processi mi sarei contentato della sola citazione, e perciò dei polipi congeniti non dirò altro, giacchè, lo intendete, ci è mancanza di febbre, di ogni traccia di essudato e d'ingorgo ganglionare.

Poche parole dobbiamo spendere su certe altre condizioni morbose extralaringee che possono mentire una stenosi. Quand'io vi parlai della difteria nasale, insistetti un poco per descrivere il grave ostacolo che trovavano nel respirare i bambini nei quali le vie nasali erano occluse dalla tumefazione della mucosa e dalla presenza di false membrane. Aggiungasi che la tumefazione delle tonsille obbliga quest'infelici ad una respirazione laboriosa a bocca aperta, con intervento dei muscoli ausiliari. In circostanze simili il timbro della voce, l'assenza di tosse, l'esplorazione diretta dell'istmo delle fauci e del naso, vi faranno vedere la cagione vera dell'ostacolo alla respirazione. E così il solo esame fisico della parete posteriore della faringe potrà evitarvi dallo scambiare per crup un ascesso retro-faringeo. Gli ascessi retro-faringei spontanei sono comuni nell'età bambina, e protrudendo verso l'orificio laringeo possono modificare il timbro della voce ed alterare il respiro. La vista ed il tatto però ci tirano d'inganno, e noi prima di pronunziarci potremo completare il nostro esame. Però ho a dirvi in conclusione questo, che la frequenza del crup nell'età bambina è così spiccata, che quante volte vi sta dinanzi un soggetto di giovane età, le maggiori probabilità sono per il crup. Resta a completare l'esame con l'ispezione generale, con l'ispezione locale; ma le probabilità saranno sempre per la malattia in discorso.

Signori. Mi sono alquanto fermato sulla diagnosi differenziale contraria-



mente a ciò che ho fatto per altri processi, poichè comprendete che poco profitto possiamo trarre dall' esame laringoscopico. Nei bambini è assai difficile usare lo specchio laringeo, ma vi sono talune circostanze nelle quali importa praticare questo esame, ad onta della epiglottide ripiegata sui lati e che copre l' orificio laringeo, e malgrado la mancanza dell'intervento volontario del soggetto. Ecco perchè mi permetto dire poche cose intorno a certe regole che dovete serbare, quando vi è uopo praticare questa esplorazione; e là dove ci sia pazienza da parte vostra, avrete la soddisfazione di constatare coi vostri occhi la lesione materiale.

Noi non possiamo tirar fuori la lingua e fare emettere una vocale in suono di testa che sollevi la laringe e la ravvicini allo specchio; sarà meglio dunque lasciar libera nel cavo orale la lingua stessa. Noi certe volte non abbiamo a nostra disposizione uno specchio riflettore; in tale emergenza ricordatevi che un cucchiaino può divenirne uno ottimo, e con una stearica messa in corrispondenza della parte concava del cucchiaino voi improvvisate un discreto apparecchio illuminante. Fate arrovesciare esageratamente la testa indietro, perchè così schivate gli ostacoli dell'epiglottide, ed applicate lo specchio nel fondo delle fauci dopo averlo riscaldato. Succederà con questa manovra un conato di vomito che metterete a profitto nella esplorazione, giacchè l' epiglottide sempre arriverete a vederla. Ripetete l' esplorazione più volte, se nel primo tentativo non siete rimasti soddisfatti; e poichè gli essudati cruppali prescelgono la faccia interna dell'epiglottide e i ligamenti ari-epiglottici, voi anche da questo esame incompleto potete ricavare qualche utile nozione per la diagnosi.

La quistione pronostica del crup è anch' essa delle più interessanti. Voi comprendete che ci ha un pronostico per le famiglie, un altro per la scienza. Vivrà? Morrà? Ecco quelle che ci domandano le famiglie. Quale è la proporzione dei decessi nel crup? È la domanda che ci rivolge la scienza.

Per rispondere a queste domande non possiamo solo dire che il crup sia una malattia gravissima; abbiamo il dovere d'interrogare scrupolosamente le statistiche per sapere il loro responso. La quistione del pronostico, io diceva, è importantissima, giacchè discutendola a fondo, noi ricaveremo corollarii importantissimi che ci serviranno di fondamento nella cura; e quel poco di tempo che sacrifico a questo paragrafo ci sarà risparmiato quando vi parlerò di quella. Ebbene questo pronostico del crup, che sappiamo essere tristissimo, subisce modificazioni imponenti, a seconda che si tratti d'individui nei quali si pratica o no la tracheotomia.

Le cifre statistiche che io vi presenterò suggelleranno già in voi quelle convinzioni che vi prego di non abbandonare giammai; saranno la guida



più sicura per pronunziarvi con sicurezza e dileguare dall'animo vostro quelle lusinghe ingannatrici che presso la maggior parte dei medici diventano colpose, perchè menano inesorabilmente nella tomba molti bambini affetti dal crup. Comincio per dirvi che anche questo pronostico studiato nelle sue applicazioni alla tracheotomia, subisce delle modifiche secondo il genio epidemico; ed è questo che dovete studiare, perchè se in talune ricorrenze le guarigioni si moltiplicano, in altre sono così rare che è meglio non toccare il bisturi. Il crup fulminante, quello che assolve il suo decorso in poche ore, dà minori probabilità alla cura; mentre la stenosi a passi precipitosi procede, l'infezione anch'essa si avvanza, e voi non avete più il solo problema della laringo-stenosi a risolvere, ma anche quello della infezione generale. Inoltre il guasto locale e le condizioni generali debbono essere sempre presenti all'animo vostro per farvi intravedere sempre più la gravezza di questa malattia; e dal giusto pesarli nella bilancia del criterio clinico e della pratica, voi potete desumere l'indicazione opportuna per decidervi alla tracheotomia.

Finalmente le maggiori probabilità di successo per la operazione si hanno quando questa vien fatta a tempo. Sentite un poco che cosa ci dicono gli autori, sentite che cosa c'insegnano le statistiche. In generale potete ritenere che sopra cento casi di crup, guariscono senza tracheotomia dieci appena. Nel riferirvi questo, voglio essere generoso, non voglio mettervi innanzi agli occhi le risultanze della mia pratica che è pur lunga; che se io volessi dirvelo questo risultato delle mie statistiche, dovrei invece annunziarvi che sopra 300 o 400 casi, ne ricordo solo quattro o cinque di guarigione spontanea. Invece con la tracheotomia abbiamo risultamenti varii, a seconda le diverse regioni e i diversi osservatori, ma sempre una cifra superiore al dieci per cento. Il Mackenzie nel suo classico libro sulla difteria, che io ho tradotto ed al quale, come ho detto, m'ispiro in queste lezioni, riferisce una statistica di 4663 casi sommati e raccolti nei due principali ospedali di Parigi, quello di S.<sup>te</sup> Eugénie e l'altro des Enfants malades, una statistica raccolta in 25 anni, cioè dal 1851 fino al 1875 compreso. Si ha una proporzione di guarigione del 23,91 per cento, cioè circa il 24 per cento. Il che significa in altri termini che di 100 infermi affetti di crup, 68,49 muoiono — non vi annoiate di queste cifre, — e guariscono 31,51; di questi, 10 senza tracheotomia, 21,51 con la tracheotomia. A Londra, dal 1864 al 1876, sono stati operati in un ospedale di bambini 60 casi, di cui guarirono 13; abbiamo cioè una proporzione simile alla precedente, 21,6 per cento. Il Langenbeck a Berlino dal 1° gennaio 1870 al 30 luglio 1876, sopra 567 casi da lui raccolti, dà una proporzione di guarigione del 30 per cento. E Cohen, in Filadelfia, riunendo 166 casi ne ha riferito 110 di



guarigione. Io non posso presentarvi che una statistica meschina, ma ho piacere di farlo per dirvi che i successi certe volte sono incoraggianti.

Notate che la quistione della tracheotomia è anche subordinata al credito che questa ha raggiunto nelle varie città del globo. In Inghilterra si opera di tracheotomia assai meno spesso che in Francia; e qui da noi i casi di crup nei quali si pratica la tracheotomia, sono eccezionali. Questa infelice statistica, della quale io vi discorrerò con una certa soddisfazione, deve servire a mostrarvi che, tra il fidare sopra una medicazione dubbia e un possibile accreditato dai fatti, non vi ha esitanza che tenga. L'anno scorso ho praticato otto tracheotomie per crup, e conto cinque guarigioni. Sarebbe desolante la statistica se volessi riunire tutt'i casi di crup; meno felice se volessi far la somma di tutt'i miei tracheotomizzati, ma voglio dirvi con ciò che osare l'operazione in molte circostanze è un dovere.

Vi ho detto il perchè io mi sono alquanto intrattenuto sul pronostico del crup. Nella prossima conferenza, quando discorreremo della cura, noi ci potremo fermare alle indicazioni più razionali e principali; e poichè sappiamo già quali sono i rimedii proposti contro la difteria in genere, il nostro compito sarà più limitato, e noi potremo con un paragone ovvio dire quali sono i farmaci dai quali si ha dritto di sperare un certo effetto, il quale mancando, indica senz'altro la tracheotomia.

---



## LEZIONE DICIASSETTESIMA

### XII.

#### Cura della difteria laringo-tracheale.

**Sommario.** — Nozioni sulle quali deve basarsi ed indicazioni alle quali deve soddisfare la cura della difteria laringo-tracheale — Primo periodo: ghiaccio per applicazione topica e per via interna — Secondo periodo: emetici e loro valore — Ipecacuana, tartaro emetico (Bouchut), solfato di zinco, solfato di rame, apomorfina. Apomorfina e pilocarpina, turbit minerale — Distacco meccanico — Aspirazioni ammoniacali, pennelli del Mackenzie, cateterismo del Bouchut, del Macwen — Farmaci diversi — Dissolventi: bromo, acido lattico, acqua di calce, vapore acquoso — Terzo periodo: polverizzazioni, eccitanti, tonici — Tracheotomia.

SIGNORI,

La cura del crup, o meglio della difteria laringo-tracheale, si deve basare sopra tre nozioni: quella della cura della difteria in genere, che noi già sappiamo; quella del concetto anatomo-patologico del morbo; quella dei dati pronostici che io vi riferii in cifre la volta passata. Così facendo, noi economizzeremo un tempo prezioso, giacchè eviteremo ripetizioni inutili. Lo stesso posso dirvi della profilassi; se vi ho dimostrato che il crup è contagioso e può ingenerare, non il crup medesimo, ma l'angina difterica, è troppo giusto che tutte le misure preventive da adottarsi per la difteria si accettino pure per questa localizzazione laringea. Aggiungete che la cura del crup in atto non può essere stereotipa, come non dev'esserlo nella difteria, il che vuol dire che dobbiamo proporzionare le armi ai diversi periodi del morbo, ed ispirarci alle indicazioni razionali suggerite dalle lesioni anatomiche che corrispondono ai diversi periodi del crup. Onde potremmo compendiare in linea generica queste indicazioni in una antiflogistica, in un'altra dissolvente delle false membrane, ed in una terza puramente sintomatica diretta a ristabilire la libera respirazione.

*Primo periodo.* — Periodo catarrale, periodo nel quale i sintomi funzionali e l'esame diretto non rispondono che alle lesioni ordinarie di una in-



fiammazione classica. Se noi, intervenendo a tempo, potessimo limitare questa flogosi nel suo sviluppo, avremmo diritto a sperare non solo una corrispondente diminuzione dell'essudato che si andrà a formare, ma che la tumefazione della membrana mucosa, restando limitata, non divenga l'ostacolo più serio alla respirazione. Abbiate sempre presente che se le false membrane possono, accumulandosi nella laringe, essere una cagione positiva di stenosi, un'altra più saliente e più costante è la pseudo-anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee per gonfiezza della mucosa. Questa indicazione antiflogistica è pienamente giustificata, malgrado il carattere specifico della malattia. Noi non possediamo agenti che per la via del sangue potessero paralizzare l'azione del virus difterico; ma possiamo combatterne con una certa fiducia gli effetti; e benchè la flogosi resti sotto il dominio dell'infezione, noi possiamo limitarla nella sua intensità e nella sua estensione. Questa indicazione si espleta con un mezzo classico, cioè con la metodica applicazione del ghiaccio, cioè la metodica sottrazione di calore. Sarà quindi bene che, riconosciuto questo periodo catarrale, ancorchè inoltrato, cioè tale che cominci il secondo periodo (quello essudativo), e perfino restando nel dubbio che possa trattarsi di una laringite stridula, voi applichiate esternamente il ghiaccio sotto forma di cataplasmi nella regione pre-laringea, e raccomandiate la somministrazione continua del ghiaccio per bocca. Comprendete benissimo che in questa medicazione bisogna essere rigorosi ed esatti, in quanto che bisogna farla con costanza. Applicando il ghiaccio e sospendendone l'uso per alcune ore, voi provochereste una reazione che vi farebbe perdere il buon effetto avuto. Queste applicazioni esterne di ghiaccio si fanno in un modo semplicissimo, mediante le goliere di caoutchouc; ma capitando in famiglie poco agiate, anche l'intestino di un animale qualunque vi può servire. Vi raccomando di mettere sempre sotto la goliera un pezzo di flanella, affinchè l'acqua che cola sia assorbita; così non solo eviterete una possibile cagione di raffreddamento, ma tranquillizzerete le famiglie che fanno il viso delle armi quante volte si parla di codeste applicazioni. È tempo ormai che rompiamo la lancia contro i vecchi pregiudizii; anche il salasso nella polmonite era così in voga, che quel medico che faceva intravederne i danni correva il pericolo d'esser lapidato. Ora se vogliamo starcene coi pregiudizii, resteremo sempre arretrati di un secolo. Combattiamo noi giovani con quella fiducia ch'è figlia del convincimento, e vinceremo; ed allora vedremo che il ghiaccio, senza essere lo specifico del crup, è però un mezzo potentissimo onde limitare il processo nella sua estensione, e debbo dirvi che dal ghiaccio si può sperare non solo un'azione antiflogistica, ma anche sedativa. Io ricordo di essere stato chiamato presso bambini che avevano febbre, tosse, raucedine, nei quali cioè tutto faceva presagire l'invasione del crup, specie per i



così detti accessi cruppali, cioè per veri accessi di spasmo glottico. In quelle famiglie che hanno ceduto alle mie istanze, ho applicato il ghiaccio, ed ho visto che non solo il processo è abortito, ma questi accessi di difficultata respirazione si rendevano sempre più rari, e poi si dileguavano del tutto. Voglio dire con ciò che io sono autorizzato ad accordare alla sottrazione del calore un'altra virtù, cioè la sedativa contro i noti accessi spasmodici. È appena necessario dirvi che questo mezzo antiflogistico sovrano, la vince su tutti gli altri del genere, su tutti gli altri mezzi che un tempo furono empiricamente in voga. Non vi parlo delle sanguisughe, le quali facendo perdere sangue all'organismo sono una cagione di debilitamento, e noi non dobbiamo dimenticare quale sia il carattere, quali le tendenze di quest'affezione: ma accenno al calomelano, al copaipe, al cubebe, ai bromuri, al clorato ed al solfuro di potassio che ebbero fama di rimedii specifici, e che nella pratica invece si mostrano del tutto inefficaci. Voi dovete oramai esser convinti al pari di me, dopo quanto esposi nelle precedenti conferenze, che il fidare su questi rimedii ancora vantati da vecchi medici, sarebbe un perditempo, tanto più dannoso, quanto più riflettiamo alla gravezza del processo che abbiamo a combattere. Cosicchè su questi pretesi specifici elevati al cielo, noi possiamo cantare il *de profundis*, e non occuparcene d'avvantaggio.

Nel *secondo periodo*, noi dobbiamo razionalmente proporci di ristabilire la circolazione dell'aria, ostacolata per effetto della laringo-stenosi. Malgrado le armi che abbiamo messe avanti nel primo periodo, la malattia cammina pel suo verso; le false membrane si formano; la laringo-stenosi si accentua; la respirazione e la circolazione ne sono alterate profondamente. Che cosa dobbiamo proporci in questa fase della malattia? Con una frase generica posso dire: lo sgombero delle false membrane. Sgombrare le vie stenosate significa ricorrere a mezzi che sciolgono l'essudato, o che lo fanno espellere vomitando, o lo distaccano.

Comincio dagli emetici: una medicazione famosa, una medicazione alla quale tutti indistintamente i pratici sono così facili a ricorrere, ma infedele, e perfino pericolosa in certe circostanze. Vi ho detto più volte che la laringo-stenosi nel crup è fatta principalmente da una forma d'infiammazione flemmonosa. Voi dunque indovinate che bisognerebbe vomitare la laringe per avere un certo immeigliamento. E difatti ei succede certe volte che i piccoli bambini cacciano col vomito le false membrane, ma non migliorano nelle condizioni di ostacolata respirazione. Se in questa circostanza esplorate la laringe col laringoscopio, voi vedete che l'ostacolata respirazione dipende dal difetto di abduzione delle corde vocali per la mucosa gonfia. Dippiù, la medicazione emetica imprimendo un movimento alle false membrane, potrebbe non liberarle e distaccarle ma disporle in tale posizione che la dispnea aumenti; la medi-



cazione emetica dovrebbe avere precise indicazioni, essere cioè attuata sol quando si ha la coscienza che l'essudato è separabile o separato, altrimenti non si fa che eccitare inutilmente il bambino al vomito, senza che si sbarazzi di altro, se non di qualche mucosità filante, che proviene certe volte dal tratto inferiore. In fine, questa medicazione emetica, in favore della quale sono stati invocati tutt'i rimedii del genere, certe volte non riesce; poichè ci ha una paresi delle terminazioni del vago tale, che in talune contingenze, malgrado dosi colossali, malgrado la scelta tra i più reputati, non si riesce a nulla. E però, se pel ghiaccio vi ho detto che bisogna essere forti e lottare con convinzione, per l'emetico debbo dichiarare che tutte queste riserve non valgono a farcene allontanare assolutamente: bisogna cioè che ci servissimo dell'emetico con parsimonia e con criterio, fermandoci, quando vediamo che la sua efficacia è poco o nulla, e indicandolo quando tutto porta a credere che l'essudato facilmente si separa.

Detto ciò, io vi schiererò davanti i farmaci della classe che furono volta a volta proposti e sperimentati. Tra tutti siede regina l'ipecacuana, un rimedio di una certa efficacia, e scevro d'inconvenienti tossici o di gravi disturbi sul tratto intestinale; un rimedio che si può dare solo o congiunto ad altri; sotto forma polverulenta od infuso. Io credo che sempre migliore amministrazione sia quella di un carico infuso che si dà epicriticamente, fino ad ottenere l'effetto emetico. Vo' significare con questo che, potendo voi errare nello indicare 10, 15 o 20 centigrammi di polvere d'ipecacuana, potete servirvi invece più sicuramente di un infuso fatto con un grammo, alla colatura di 80 o 100, a cui aggiungete alcune gocce di liquore anisato d'ammonio, e che darete a piccoli cucchiari da caffè, ogni cinque minuti, fino ad ottenere il vomito. Quando questo non si raggiunge col farmaco in parola, si pensa ad altri rimedii, ed il tartaro emetico fece tanto chiasso un tempo, che il Bouchut, il nome del quale non possiamo pronunziare senza profonda riverenza, ne formò quasi un metodo a parte, registrando guarigioni classiche. Egli raccomanda una soluzione di 10 centigrammi di tartaro stibiato in 80 grammi di emulsione gommosa, epicriticamente, a cucchiari, ingiungendo alla madre di non dare a bere al bambino, acciò concentrato il farmaco, non abbia influenza triste sul tratto intestinale, provocando la nota diarrea.

Or quando un uomo autorevole raccomanda un metodo qualunque, ognuno si fa un dovere di sperimentarlo, e così ho fatto io. Ho dato su vasta scala il tartaro stibiato; ebbene, non solo i miei infermi di crup curati a questo modo non sono guariti, ma molte volte ho visto che non vomitavano; vuol dire che gli stessi dubbii che conserviamo per l'ipecacuana, dobbiamo mantenere pel tartaro emetico; vuol dire che fidare sopra uno



di questi agenti, significa obliare il concetto anatomo-patologico della malattia.

Andiamo avanti. Rimedii emetici di fama colossale: solfato di zinco e di rame, che si dànno in soluzione ed epicraticamente, alla dose di 20, sino ad 80 centigrammi in 80 grammi di acqua. Quale sia l'azione di questi, oltre a quella emetica, voi conoscete perfettamente, ed io domando a voi: dato il caso che il bambino non vomiti (ed è precetto che dobbiate insistere nelle somministrazioni epicratiche fino a sperare questo vomito), che cosa ne accadrà? Quale sarà l'effetto di questo *veleno* sopra un organismo di debole costituzione? Io indovino che il pratico in questo caso si troverà in imbarazzo grandissimo, tanto più che non potrà sperare con certezza il vomito, il quale sgombrerebbe lo stomaco del rimedio che soggiornandovi può riuscir pericoloso. Steiner appassionato di questa medicazione emetica, raccomanda l'ipecacuana ed il tartaro stibiato riuniti, in cartine, ogni dieci minuti:

Ipecacuana . . . . .	centigrammi	80
Tartaro stibiato. . . . .	»	7
Zucchero. . . . .	grammi	2

dividete in sei cartine uguali.

Oltre al solfato di rame e di zinco, l'apomorfina venne recentemente caldeggiata da taluni siccome energico emetico avverso il crup. Si fa una soluzione di un centigramma per un gramma di acqua, e s'inietta sotto la pelle metà od una intera siringa. L'iniezione ipodermica in questo caso ha un deciso vantaggio, in quanto che è inutile che io stia a ripetere quali ostacoli noi incontriamo nei bambini per l'apprestazione dei rimedii per la via della bocca. Anzi ci è stato qualcuno che ha voluto congiungere l'apomorfina alla pilocarpina, formandone un metodo a sè; ecco così due preziosi farmaci: uno, la pilocarpina che facilita il distacco delle false membrane; un altro che le fa espellere, e alternando per via ipodermica l'uno e l'altro, noi possiamo vedere quello che finora non avevamo visto!

Quali siano le mie apprezzazioni sull'uso della pilocarpina, voi le sapete; quali quelle che io debba fare sull'apomorfina, no; ma le indovinate, dopo quello che vi ho esposto intorno alla medicazione emetica. Non è una indicazione a cui rispondano costanti effetti: anzi più che dubbia è pericolosa, e dato che riuscisse certamente, non risponde ai desiderati della scienza.

Recentemente ho letto *mirabilia* di un altro rimedio, il turbit minerale, commendato alla dose di 10 a 25 centigrammi e somministrato in cartine; e là ove il vomito non intervenga dopo 25 minuti, reiterando dose simile. L'autore che scrive quest'articolo dice così: «qualunque sia la forma del



crup, si tratti di una difterica ovvero catarrale, amministrate il turbit, e la guarigione sarà infallibile ». Ma più giù soggiunge: «se poi questa medicazione non porta l'effetto voluto, allora si ricorre a tutti gli altri mezzi in voga». Questa seconda parte distrugge il credito che meriterebbe la prima; e quando sarà dimostrato che con la medicazione emetica potremo raggiungere senz'altro la guarigione del crup, allora io mi farò il più caldo sostenitore del turbit minerale.

Come spiegare che ad onta delle mie affermazioni questi rimedii si guadagnarono credito, fama e voga? Probabilmente, io devo rispondere, per un errore di diagnosi. Voi comprendete benissimo che affezioni comuni semplici, attuate in giovani soggetti, possono restringere la rima glottidea poco sviluppata per sè, giacchè poco sviluppati sono i processi vocali delle aritenoidi; onde nel bambino non possiamo distinguere, come negli adulti, due porzioni di glottide; il che vuol dire che a misura che la laringe guadagna nello sviluppo, questo spazio che chiamiamo glottide si allarga, e così riesce a poter meglio tollerare l'influenza di quelle cagioni morbigene che tendono a restringerla. Io ho tutto il dritto di dire che sia stato *errore di diagnosi* quello che accreditò questa medicazione, giacchè ho sperimentato tutt'i rimedii del genere, ed ho visto quanto fallaci sono. Anzi mi piacerà che voi rivolgiate la vostra attenzione ad altre medicazioni, quelle che ci occuperanno ulteriormente.

Il secondo modo, col quale ci proponiamo lo sgombero delle false membrane, sarebbe il distacco. Forse il vellicamento, che certe volte si fa col dito o con una barba di piuma, potrebbe andare meglio classato tra i rimedii emetici; ma io lo piazco tra gli agenti che debbono favorire il distacco delle false membrane, perchè agisce evidentemente per un'azione meccanica. Però tra gli emetici e il vellicamento, sarà meglio ricorrere a questo, quando intervenite in un momento in cui tutto vi fa pensare che la respirazione sia ostacolata per effetto di essudati liquidi, per effetto di muco agglomerato al di sotto della stenosi. Io vi dissi che nella trachea, e certe volte nei bronchi, ci ha una iperemia che ha per effetto l'aumento della secrezione mucosa. Questo muco trova maggiore difficoltà per essere espulso, perchè la glottide è ristretta; esso concorre così ad aumentare il grado di laringo-stenosi, ed in talune circostanze a provocare perfino gli accessi cruppali; giacchè non ignorate che la superficie inferiore delle corde vocali è provvista di una sensibilità squisita. Or bene, se dall'insieme dei fatti e dalla qualità del rantolo, voi potete sospettare che l'aumento di dispnea sia dovuto alla presenza di muco, il vellicamento potrà riuscire, e come il vellicamento, la spugna imbevuta nell'ammoniaca liquida e premuta, che tenete per un istante sospesa nell'istmo delle fauci.



Anche un tempo questa medicazione si elevò a metodo, ma io non so intendere come in un ragazzo di tenera età, che a stenti lascia aprire la bocca, possiate introdurre una spugna imbevuta in una soluzione non indifferente; di modo che respirando, i prodotti esalati facilitino il distacco delle false membrane.

Oltre di questi mezzi, debbo dirvi qualche cosa di taluni agenti meccanici: i pennelli, il cateterismo ed il solfato di zinco. Il Mackenzie tra il cateterismo, del quale vi dirò or ora, e le applicazioni locali di pennelli per portar via lembi di false membrane, dà la preferenza a questi ultimi, e ne ha fatto costruire dei curiosi, nei quali i peli non hanno una direzione verticale, ma obliqua in alto; in modo che introdotto il pennello alla cieca sulla guida dell'indice, dentro la cavità, e ritirandolo, i peli trovano un ostacolo nella laringe medesima e riescono a portar via brani di false membrane. Vi confesso che l'introduzione di corpi estranei dentro la laringe dei bambini in preda a stenosi, è difficile e pericolosa, e specialmente se le persone di famiglie saranno presenti e gli accessi convulsivi della glottide si rinnovano, non vi permetteranno di ripetere la manovra; voi comprendete che tutto il segreto di questa medicazione non sta nell'applicare una volta il catetere e il pennello, ma nel replicarla per portar via, quando ne è il caso, gli essudati che ritornano a formarsi. Debbo però dire che a questa medicatura il Mackenzie dà una importanza secondaria, e la raccomanda solamente quando il pratico si prefigge di distaccare meccanicamente le false membrane.

Il cateterismo che Bouchut battezzò col nome di *drainage*, ci viene oggi ripresentato con l'autorità di nomi specchiatissimi, tra i quali cito quello del Macwen. Le storie dei casi di guarigione così raggiunti sono registrate con molta limpidezza. Noi qui non possiamo invocare l'errore diagnostico che vi ho messo avanti per la medicazione emetica. Si prende un catetere N. 10, 11 o 12, e si fa penetrare nella laringe e nella trachea. All'introduzione di questo corpo estraneo, segue una scena tumultuaria che cede presto, ed i bambini cominciano a respirare bene attraverso il catetere. Che cosa succede nel tratto consecutivo? Che gli essudati occludono gli occhielli del catetere elastico, la respirazione si sospende, il corpo estraneo aggiunge le sue molestie e si è costretti a ritirarlo. Ecco perchè il chirurgo che ha avuto questa felice idea, avrà anche l'altra di farsi pagare a rigore di termini come un infermiere di alto bordo, starsi vicino al letto del suo infermo, e non appena la respirazione si sospende, o vede il bisogno di pulire il catetere, lo ritira, ne rimette un altro, e scrive e registra che ha guarito così un caso di crup. Con questo voglio dirvi che i singoli casi di guarigione riferiti con un metodo o con un altro, sono lontani dal presentarci il tipo della medicazione a cui dobbiamo ricorrere.



E quando ci facciamo a pesare il valore di questi mezzi e di questi processi, noi ci persuadiamo che quei casi isolati non rappresentano se non i più fortunati, quelli eccezionali, che non possono stabilire con fondamento serio la continuazione di una cura.

Il Koch ha ottimamente criticato questo metodo : egli dice che nelle laringo-stenosi acute ci ha un numero di contro-indicazioni classiche per l'applicazione del catetere, per esempio l'irritazione che produce sulla mucosa, per esempio il pericolo che smuovendo false membrane si lascino andar giù inducendo una grave laringo-stenosi che non cederà più ai mezzi che sarete per impiegare ; neppure la tracheotomia. Aggiungete che nelle condizioni in cui trova il bambino, io pel primo, che ho una certa pratica di questi casi, avrei paura di praticare il cateterismo, temendo vedermi spirare tra le braccia l'infermo; e tra un processo che ha le parvenze dell'innocenza ed è ingannatore, ed un altro che si annunzia grave, ma può salvare la vita (la tracheotomia), preferisco questa. Non vi distolgo dal tentare il cateterismo nel crup ; ma quando avrete ancora bisogno di tempo per procurarvi credito e fiducia, tenetevi lontani da questi mezzi equivoci.

Il solfato di zinco, in soluzione del 15 per 200, è stato raccomandato sotto forma di ripetute pennellazioni nella laringe, onde facilitare il distacco delle false membrane, in quanto che coagulerebbe l'albumina, raggrinzirebbe le false membrane, e le trarrebbe fuori come una calamita. In queste proporzioni il solfato di zinco è velenoso, e potendo essere ingerito, gli autori raccomandano sempre di dare a bere, dopo, del latte ; si prescrive fare una decina di pennellazioni di seguito, per ripeterle poi a capo di un certo tempo. Io comprenderei il valore del solfato di zinco nel mughetto che dà un essudato senza intime aderenze con la mucosa sottostante ; ma anche la coagulazione dell'albumina del muco non può tradursi per un distacco efficace delle false membrane. E così mi spiego come molti di questi metodi, dopo essere comparsi sull'orizzonte scientifico, finirono per essere completamente dimenticati. Che cosa faremo dunque in circostanze simili ? Penseremo ad altri rimedii i quali potessero migliorare le condizioni locali, o dobbiamo voltare le spalle e ricorrere ad indicazioni sintomatiche ?

Ci ha, o Signori, un terzo ordine di farmaci, i dissolventi delle false membrane, ai quali io accordo grande fiducia : il bromo, l'acido lattico, l'acqua di calce ; ma tra tutti è preferibile l'acqua di calce. Si fanno inalazioni con idroconio di Siègle, più spesso che sarà possibile, direttamente, quante volte il bambino vi si presta. So che in quelli di tenera età si può, premendo le guance e chiudendo le narici, obbligarveli ; ma nè il medico può sempre sorvegliare l'infermo, nè le famiglie saranno sempre fedeli alle nostre prescrizioni ; allora si ricorre ad un



mezzo eccellentissimo, che facilita il distacco delle false membrane e non richiede l'intervento del paziente, cioè le inalazioni di vapore acquoso. Vi ho detto, quando parlai della cura della difteria, il modo come si attuano: una caldaia da cui si svolge il vapore acquoso, che arriva al di sotto della culla o del letto (chiusi da cortine) mediante un tubo di caoutchouc. Ma se allora aggiunti che dovevano essere fatte costantemente, notte e giorno, lasciando appena pochi minuti di tregua, nel crup questa costanza dev'essere portata all'apice; giacchè noi costretti a limitare il campo della nostra medicazione, dobbiamo afferrarci a certe risorse come all'ultima ancora di salvezza.

Cosicchè per sintetizzare il metodo di cura prediletta, vi dirò che fra tutti i rimedii proposti nel crup, la mia fede poggia principalmente su due: il ghiaccio nel primo tempo, il vapore acquoso nel secondo; il primo che cerca di migliorare la flogosi, il secondo che sbarazzando la laringe dalle false membrane è il migliore emetico, ed è anche un buon mezzo antiflogistico.

È appena necessario che io vi dica quale debba essere l'igiene in questi due periodi, quando voi lottate contro il *terzo* che si avvanza. Sostenere le forze, fare che l'aria sia pura, tenere sempre in camera un polverizzatore a vapore che funzioni pur quando si fanno le inalazioni di vapore, sono cose che non obliate, guardando principalmente alla infezione. E dite lo stesso per la medicazione sull'istmo delle fauci, che resta invariata se ci sono essudati in quella parte che la reclamano.

Quando il ghiaccio non frutta, quando il vapore acquoso riesce inefficace, noi dobbiamo senz'altro ricorrere alla tracheotomia.

Nel citarvi le statistiche che invocai a bella posta onde istillare nell'animo vostro la convinzione della gravità del pronostico, vi feci toccar con mano quale fosse la cifra delle guarigioni che si poteva raggiungere con questo mezzo. Sono queste cifre, o Signori, il criterio più eloquente per dirci che allorquando ogni risorsa resta frustrata, non dobbiamo dimenticare la tracheotomia. E però, la tracheotomia non si fa ad occhi chiusi: vi sono **indicazioni speciali**. Uno dei segreti perchè l'operazione sia coronata da pieno successo, è il farla a tempo. Quando intervenite nel terzo periodo, quando il cuore indebolito si vuota male, quando le forze sono estremate, il bambino pochi elementi avrà per resistere a questa lotta, e certe volte, malgrado una operazione compiuta mirabilmente, lo vedrete cader fulminato sotto il vostro bisturi. Questo triste esito è accaduto a me quelle volte che non volendo transigere con uno scrupolo di coscienza, ho osato l'operazione in condizioni gravi. L'anno passato qualcuno di voi ha potuto assistere nell'ospedale di S. Eligio ad una scena desolante: si trattava di una bambina che venne qui quasi asfittica, moribonda. Io feci il meglio per farla rifugiare nel-



l'ospedale di S. Eligio, giacchè in questo Clinico ed in quello degl'Incurabili non fu possibile, e praticai la tracheotomia. Il male era avanzato; questa bambina veniva dalla campagna, era stata portata tutto il giorno a zonzo per la città sulle braccia del padre che implorava un aiuto e cercava uno scampo. Operai col processo di Saint-Germain, senza incidenti di sorta; ma la bambina fece una profonda inspirazione e cadde cadavere. Restammo presso di lei molto tempo, perchè ci sono delle condizioni in cui la morte è apparente, ma tutto riuscì vano, la bambina era realmente morta. In questi casi, a conforto del povero operatore, io ho cercato qualche spiegazione che ci renda conto di così brutti contrattempi, e non ne ho trovato che una, interamente fisiologica. Quando dopo una stenosi laringea il tratto respiratorio è privo di aria, e voi praticate un'apertura artificiale per fornirgliene, voi provocate una profonda inspirazione; l'aria si precipiterà con tanta maggior forza, quanto maggiore sarà il vuoto nella cassa toracica. Ma nel periodo asfittico, che cosa ci rende conto della cianosi e della turbata circolazione? L'ostacolo che il cuore incontra per vuotarsi. Or bene, se sangue già esisteva nel ventricolo, perchè il cuore si vuotava male; se novello sangue vi viene aspirato, è possibile che questo cuore estremamente dilatato cessi di battere, cioè si abbia un'asistolia che è causa di morte. Questa potrà essere una interpretazione più o meno vera, ma il fatto il quale resta inalterato è che in alcune condizioni noi possiamo presagire che alla tracheotomia non resisterà il gracile organismo. È dunque precetto salutare che l'operazione non debba farsi troppo tardi, e per comune consenso si stabilisce come termine massimo la fine del secondo periodo o il punto di passaggio dal periodo essudativo in quello asfittico. Con ciò non voglio distogliervi dal tentare l'operazione in condizioni gravi, giacchè la fortuna alle volte ha assistito gli operatori, fino al punto da registrare successi non sperati. Ma se non volete tradire la vostra coscienza, avete pure l'obbligo di circondarvi di quelle cautele che debbono assicurare l'avvenire della vostra carriera. Così pure non dovete esser troppo precipitosi nell'indicare l'operazione; anzi avete l'obbligo di sperimentare prima (per tranquillità vostra e delle famiglie) gli altri mezzi che abbiamo assieme studiati. Sperimentarli però senza vane lusinghe, senza perder tempo, osservandone gli effetti, protestando contro la sicurezza di questi, facendo intravedere l'*ultima ratio*, e non ripetere con certi barbassori che se il bambino vomita, il problema è risoluto. Cioè convien essere nè troppo corrivi, nè troppo esitanti: attuare prima una medicazione razionale sulle basi da noi gettate, per tenere in riserva l'ultima ancora; ma non dimenticare che quando i fenomeni più culminanti non cedono, ogni lusinga diventa dolosa. Certo, o Signori, che io apprezzerai più quel pratico il quale anticipasse la operazione, anzichè co-



lui il quale, illuso, la rimandasse, perchè solo con una ricca statistica noi giungeremo a dar credito alla tracheotomia nel crup.

Per ora mi fermo qui — vi dirò in altra conferenza delle contro-indicazioni. Anzi, poichè voi sapete che quest'operazione è piena di pericoli, e sapete quanto il Bretonneau ed il Trousseau avessero lavorato per accreditarla nel crup, e quanto frequentemente si opera di tracheotomia in Francia, non vi sarà discaro che io vi prometta discorrervi del processo operativo e delle cure consecutive. Vi dirò che non basta conoscere il processo classico; vi sono talune circostanze che ci menano a modificare il metodo; e poi mi preme richiamare la vostra attenzione sopra certi punti ignorati, cioè le cure consecutive che bisogna condurre con massima diligenza. Son certo che ciò voi non dimenticherete mai, perchè le fatiche spese vi saranno ad oltranza compensate, in quanto nessuna volta il chirurgo rimane più soddisfatto, come dopo una tracheotomia coronata da esito felice.

---



## LEZIONE DICIOTTESIMA

### XIII.

#### **Contro-indicazioni alla tracheotomia. Descrizione del processo operativo nel crup.**

**Sommario.**—La tracheotomia non la si deve fare quando: *a*) il genio epidemico decorre fatalmente, *b*) l'infermo non si stima in grado di poter resistere, *c*) l'infezione è avanzata, *d*) si suppone che il taglio possa cadere al di sopra del punto stenosato, *e*) ci ha polmonite, *f*) in caso di crup secondario, a meno che non si realizzino soddisfacentissime condizioni.— Un pochino di storia della tracheotomia. — Come la si pratici. — Topografia della regione. — Metodi: lento (Trousseau) e celere: due tempi (Bourdillat, Moizard); un tempo (Simon, Saint-Germain).—Quello che noi seguiamo (Saint-Germain).—Ragioni di preferenza.— In che consista. — Manuale operatorio.

SIGNORI,

Nella volta passata ho detto che il momento più opportuno per praticare la tracheotomia era il passaggio dal secondo al terzo periodo. Certe volte è clinicamente difficile segnare con precisione quest'epoca, ma il rientramento dell'epigastrio, il solco alla base delle costole spuree, sono segni abbastanza caratteristici, e più che questi deve valere l'inutilità degli altri mezzi sperimentati. Noi abbiamo commendato il ghiaccio, poi il vapore acquoso, e questi accanto ad una conveniente igiene, ed a tutti quei soccorsi che debbono mantenere le forze, fosse pure insieme ad un emetico! Ma se questi rimedii riescono infruttuosi, bisogna ricorrere alla tracheotomia. Cosicchè resta ben fissata l'indicazione di questo eccellente mezzo, il quale dà quei vantaggi che noi abbiamo visto dalle statistiche che vi riferii a proposito del pronostico.

Però voi mi dimanderete: quali sono le **contro-indicazioni alla tracheotomia**? Dato cioè che l'infermo si trovi in una condizione in cui i mezzi proposti ed attuati non hanno prodotto effetto, dovremo praticare sempre la tracheotomia, o badare a qualche altra cosa che ce ne farà distogliere? Innanzi tutto dovete tenere presente il genio epidemico; e già vi dissi che certe volte i risultamenti erano infelici. Guardate dunque il carattere



della malattia, e se la pratica vi dimostra che attraversate una fase poco prospera, sarà meglio astenervi.

Un'altra contro-indicazione seriissima è lo stato dell'infermo. Io vi dissi che nella tracheotomia s'impegnava una lotta tra l'aria che tendeva a penetrare e lo stato delle forze. Ora quando tutto porta a prevedere che l'infermo non potrà resistere, sarà meglio fermarsi.

Dite lo stesso quando avete dall'ispezione dell'istmo delle fauci e del torace, argomenti per supporre che l'infezione è inoltrata, o l'operazione cadrà su di un punto al di sopra della stenosi. Io ho sostenuto che il crup fosse una malattia infettiva; ora se dobbiamo verosimilmente ritenerla come tale, è naturale il pensare che oltre al pericolo della laringo-stenosi, ne resterà un altro che fa la contro-scena, cioè l'infezione.—A questa obbiezione si risponde facilmente: voi dovete pesare nella bilancia del giusto criterio le probabilità che questa infezione generale ha di poter retrocedere; altrimenti, quella che tenterete sarà opera vana. Se l'infermo ha la forma di crup discendente, cioè presenta false membrane estesissime sull'istmo delle fauci, diffusione al naso, enorme gonfiezza dei ganglii e presenta uno stato adinamico che vi dimostra essere già accaduta la re-infezione dell'organismo, s'intende bene che ancorchè respirasse a tutto suo comodo, soccomberebbe lo stesso; in queste emergenze la tracheotomia sarebbe superflua, e potreste praticarla solo quando, premurati dalle famiglie, vorreste sostituire alla morte straziante per apnea una più dolce per sincope, ciò che noi diciamo favorire la *eutanasia*. Altrettanto vale per la propagazione al tratto inferiore delle vie respiratorie; con la differenza che in questo caso non solo dovete temere la infezione centripeta, ma il grave fatto di capitare al di sopra dell'ostacolo, o non mitigare corrispondentemente la laringo-stenosi. Se le false membrane sono diffuse nella trachea od in uno dei bronchi (condizione che potete riconoscere certe volte ascoltando e vedendo che l'aria con difficoltà penetra nel torace, ma con maggiore stento là ove ci ha stenosi bronchiale), allora è inutile decidervi all'operazione; prima: perchè dovete supporre un processo molto più grave ed esteso; e poi perchè non potrete ricavare da questo mezzo tutto il beneficio possibile. Bisogna por mente eziandio allo stato dei polmoni: nel discorrervi delle note anatomiche, vi feci rilevare che in complicità del processo cruppale si danno pulmoniti lobulari centrali e nuclei atelectasici, che all'ascoltazione si rivelano con un notevole infievolimento del mormorio vescicolare, ed alla percussione con un suono meno pieno, più alto, talvolta timpanico. Ora ricordandovi che i nuclei atelectasici sono alla periferia, e quelli di pneumonite nel centro, potete avere un criterio per indicare la tracheotomia quando avete a temere l'atelectasia (giacchè è un fenomeno che si dissiperà, aperta la trachea); e trattenere la vostra mano, quando



avete riconosciuta una polmonite. In una parola, le contro-indicazioni alla tracheotomia nel crup si riassumono in quell'intuito clinico che vi lascia vedere, oltre il pericolo indotto dalla laringo-stenosi, un'altra condizione morbosa che dovete vincere. Se le probabilità sono in favore della laringo-stenosi, operate con sicurezza ed insistete per operare; se le probabilità si bilanciano, esponete alla famiglia le cose nel loro vero valore, e non operate se non quando vi spingono all'operazione; ricusate di farlo, quando l'esperienza e l'esame dell'infermo vi assicurano che con la tracheotomia non farete se non una parte di questa cura, che sarà eclissata dalla gravità del processo, dalle condizioni generali.

Infine bisogna tener presente che il crup secondario di altre malattie infettive (morbillo, vaiuolo, polmonite, scarlattina, ecc.), non dà alla tracheotomia risultanze soddisfacenti. Ecco perchè bisogna attendere la concorrenza di tutte quelle circostanze favorevoli che indicano nettamente l'operazione.

Signori. Vi ho detto, e vi promisi sin dalla passata volta una conferenza sulla **tracheotomia nel crup**; mantengo ora la mia promessa, ma con una protesta. Io non intendo oggi descrivervi il processo classico della tracheotomia, così come vien fatto dagli egregi maestri che insegnano in questo Ateneo, sia perchè non me ne sento capace, sia perchè non voglio invadere un campo che non è mio. Quel poco che vi dirò si riferisce alle modificazioni che questo processo deve avere in una malattia acuta che tende rapidamente a produrre laringo-stenosi, e che, come sappiamo, si attua di preferenza in *soggetti di tenerissima età*.

Io credo ben fatto intrattenervi un poco su questo interessante argomento, giacchè la tracheotomia è una di quelle operazioni che dovrebbero praticare tutti, medici e chirurghi; specialmente quelli tra voi che eserciteranno in provincia, se non hanno ben compresa la missione del medico, di fronte a così grave processo si troveranno in imbarazzo maggiore, quando declinando la responsabilità dell'atto operativo, si fermeranno alla sola indicazione. Bisognerebbe trovare un chirurgo che operasse; ed io non so se nelle provincie, dove la tracheotomia è anche meno accreditata che tra noi, ci sia qualcuno il quale si convinca come voi dovete esserlo, e vi faccia il regalo di contentarvi. Ond e non solo dimando tutta la vostra attenzione, ma vi raccomando caldamente di esercitarvi un pochetto in questo processo operativo che vi descriverò e che giudico il preferibile, e farvi animo, giacchè di fronte ad una malattia grave come il crup, sarà meglio tentare anzichè rimanere con lo scrupolo di essere rimasti neghittosi. Quello che si riferisce alla tracheotomia nei bambini, permettete che a maggiore intelligenza lo ripeta, non si può affatto applicare agli adulti, anzi sarebbe una infelicissima traduzione.

Voi sapete che la tracheotomia è una operazione la quale rimonta a **tempi remotissimi**; Ippocrate ed Asclepiade, secondo quello che ne dice



Galeno, 100 anni avanti G. C. avevano intravista la possibilità d'introdurre una cannula nelle vie del respiro, e avevano cercato di trovare le indicazioni per questa operazione. Sapete tutte le vicende che essa subì nel tratto posteriore e forse neppure ignorate che fu un italiano, un certo Brassavole, che nel 1546 fu il primo a registrare un caso di successo. Comprendete pure che questa operazione, la quale poteva essere reclamata da svariatissimi processi laringei, doveva subire una seconda fase, accreditarsi nel crup; e noi arriviamo ad una epoca remotissima, quella del Trousseau e del Bretonneau suo maestro, ai quali torna il merito di aver fondata la tracheotomia nel crup sopra solide basi. La tracheotomia si accreditò più o meno nelle diverse regioni del globo a misura che incontrò fautori; e noi possiamo dire che il numero dei successi raggiunti è certamente maggiore in Francia, dove trovò sempre propugnatori, e dove non ci è medico che non abbia la sua scattola per tracheotomia, convinti come si è in quel paese, che la è una operazione frequentemente ed urgentemente richiesta.

Non vi sarà discaro se io cominci dal ricordarvi brevemente la **topografia** della regione laringo-tracheale, non per lusso inutile, ma per tirarne talune conseguenze anatomiche che ci debbono servire di corredo onde fondare sopra buone basi il nostro metodo.

La regione laringo-tracheale si può dire rappresentata da un triangolo isoscele, con l'apice rivolto in giù, verso la fossetta sternale che lo limita in basso, e la base in alto verso l'osso ioide. I lati sarebbero rappresentati dai margini degli sterno-cleido-mastoidei, e indietro, questo triangolo è limitato dai muscoli pre-vertebrali e dalla colonna vertebrale. Se facciamo una ispezione tattile di questa esterna regione, troveremo alcuni punti i quali sono preziosi nella tracheotomia, perchè servono a far riconoscere le diverse parti. Essi sono, procedendo da sopra in sotto: la depressione corrispondente alla membrana tiro-joidea; la sporgenza formata dalla cartilagine tiroide; poi più giù un'altra piccola depressione che corrisponde al ligamento crico-tiroideo, il quale è più largo nel centro anzichè sui lati, ed è meno sviluppato nel bambino che nell'adulto; poi la sporgenza dell'anello cricoideo, e quindi gli anelli tracheali. Se noi dissechiamo questa regione, vedremo che gli strati che la compongono sono: innanzi tutto la pelle, sottile, delicata, cedevole; al di sotto, il cellulare disposto sotto forma lamellare, e nella spessezza del quale troviamo la vena giugulare anteriore, che certe volte è doppia, e nei bambini in preda all'asfissia appare turgida; più, piccoli rami arteriali provenienti dalla tiroide superiore; poi lo strato muscolare, il quale è formato dagli sterno-ioidei e sterno-tiroidei; e poichè gli sterno-ioidei debbono raggiungere un punto di attacco più alto degli sterno-tiroidei (osso ioide nel primo caso, cartilagine tiroide nel secondo) e decorrono quasi paralleli, i muscoli più



vicini all'incisione che fate sono appunto gli sterno-tiroidei. Al di sotto troviamo il corpo tiroideo, e poi l'aponevrosi tracheale e la trachea. Vi prego però riflettere che, per la posizione obliqua del tubo laringo-tracheale, a misura che andate più giù, nel giugulo, i rapporti topografici si modificano. La trachea sarà più obliqua e più profonda quanto più in basso la si esplora, e supposto il caso di una laringo-stenosi, il caso cioè nel quale ci ha una disproporzione tra la pressione interna e l'esterna, con prevalenza di questa, la trachea sarà maggiormente depressa indietro. Poichè l'istmo del corpo tiroideo copre di preferenza il terzo, il quarto ed il quinto anello tracheale, la porzione soprastante a questo istmo resta scoperta; al di sotto del corpo tiroideo, prima della trachea, noi troviamo un tessuto cellulare piuttosto abbondante, in cui si allogano le due vene tiroidee inferiori pressochè parallele alla linea mediana, tra cui certe volte decorre l'arteria tiroidea del Neubauer. Di lato stanno le due carotidi primitive, ed in giù il tronco brachio-cefalico e la vena succlavia dove si portano le vene tiroidee. Da queste notizie voi vi accorgete subito che la regione meno provvista di vasi, la regione in cui i grossi vasi del collo sono più lontani, è appunto quella al di sopra dell'istmo tiroideo, la porzione cioè compresa tra il bordo inferiore della tiroide e i primi anelli tracheali; lì, i grossi vasi del collo distano lateralmente per l'ampiezza di un pollice, mentre si avvicinano sempre più ai lati della trachea quanto più giù si va. I rami della tiroidea superiore che si trovano assai superficialmente, corrispondono al margine superiore della tiroide, mentre più sotto ci sono le grosse vene tiroidee che sboccano nel tronco brachio-cefalico e nella succlavia. Dunque a misura che ci portiamo più in alto di detta regione laringo-tracheale, ci avviciniamo meglio ai tessuti che dobbiamo incidere; il che significa che la regione su cui deve cadere il taglio più vicina a noi e meno ricca di vasi, dove i grossi tronchi vasali laterali se ne discostano di più, è appunto quella messa al di sopra dell'istmo tiroideo. Ci ha dunque esitanza perchè nei giovani individui, nei quali è difficile riconoscere le diverse parti, in questi giovani soggetti in preda all'asfissia, e nei quali la laringe acquista una estrema mobilità, noi dovremo far cadere il nostro taglio di preferenza nella regione più superficiale, e che compendia eziandio il vantaggio di essere la meno provvista di vasi? Non nego che l'abilità di un esperto chirurgo possa sfidare le difficoltà di un processo classico; ma se io pel primo vi ho incitato all'operazione, se io stesso comprendo che nel vostro esercizio queste potranno essere le prime armi, ho il dovere d'insistere per descrivervi un processo che possa essere nelle vostre mani il più sicuro. Io mi credo dunque dal fin qui detto autorizzato a ricavare un corollario pratico di grande importanza; e cioè che la tracheotomia, *nei bambini*, badate *nei bambini*, debba farsi a preferenza abbastanza in alto. Voi sapete



che questo processo, designato dagli antichi col nome generico di *broncotomia*, è stato invece dai moderni chiamato *laringotomia* (che dividiamo in sotto-ioidea, tirotomia e crico-tirotomia) o *tracheotomia*, superiore, media od inferiore, a seconda ci portiamo sui primi anelli al di sopra dell'istmo, o al di sotto, ovvero nella porzione che resta scoperta dall'istmo medesimo; e *laringo-tracheotomia*, allorchè incidiamo l'anello cricoideo ed i primi tracheali. Ebbene, se questi processi nell'adulto possono avere la loro elezione per speciali condizioni morbose e speciali indicazioni, debbono invece scartarsi per il crup nell'età bambina.

Un'altra quistione importante, prima che io mi avvanzi nella descrizione, è quella che riguarda il **metodo** a seguire. Questo possiamo distinguere in *rapido* e *lento*. Nel processo *lento*, classico, quale l'ha descritto ed eseguito il Trousseau, si dividono strati a strati i tessuti, pensando diligentemente all'emostasia, riconoscendo le diverse parti ed incidendo la trachea al di sotto dell'istmo tiroideo. In queste circostanze, bisogna fare un taglio piuttosto grande, e così aver agio di meglio manovrare. Questo stesso processo lento è stato ultimamente reso più sicuro da strumenti i quali, mentre dividono i tessuti, cauterizzano i vasi e così frenano il sangue. Prima si pensò alla galvano-caustica, più recentemente al termo-cauterio. Costretto ad esser breve in queste discussioni per non stancarvi, vi dirò che coloro stessi che proposero il termo-cauterio ed il galvano-cauterio nella tracheotomia, si convinsero che questo processo era eccellentissimo negli adulti, ma poco vantaggioso nei bambini; non solo perchè l'escara che ne deriva è considerevole (ed è sempre ottimo precetto operare con un cauterio a punta, punzionando e non tagliando; ed è indispensabile aprire la trachea non col termo-cauterio, bensì col bisturi), ma perchè anche usando del fuoco, dovete procedere con garbo e riconoscere sempre le diverse parti su cui operate, il che è difficile, per non dire impossibile, nei bambini. Dunque questi mezzi che io neppure accetto in buona coscienza nell'adulto, per ragioni che forse vi dirò a suo tempo, non sono adottati dalla maggior parte dei chirurghi, quando si tratta di bambini; ed invece, per sbrigarsi presto, per far tesoro di qualche punto di ritroyo che il chirurgo ha potuto con diligenza colpire, si è pensato a metodi operatorii che andassero alla spiccia.

La serie non breve dei tracheotomi proposti vi è certamente nota: quello di Rizzoli, di Maisonneuve, del Ceccarelli, del Caselli, dell'Oliveti, del See, di Auger, del Dattilo, di Buffardi, ed altri chirurghi più o meno reputati, italiani od esteri. Farò in poche parole la critica dei tracheotomi. Quando vi servite di questi strumenti, dovete sempre far precedere una fissazione completa della laringe e della trachea, appunto perchè il vostro strumento, qualunque esso sia, potesse con sicurezza aprire la



trachea. Ed in questo caso dovete essere bene addestrati nell'uso dello strumento che prescegliete, e bene avanti in questa manovra per fissare la laringe, giacchè una deviazione laterale non solo potrebbe farvi ferire regioni ove stanno vasi interessanti, ma arrestarvi nel tessuto pretracheale; o, non misurando bene l'urto che dovete infiggere, arrivare perfino alla parete posteriore. Quando ci facciamo a leggere le statistiche delle tracheotomie fatte coi trequarti, avremo agio di vedere che gl'insuccessi molte volte sono dovuti a che sfuggendo la trachea alla pressione fatta per aprirla, il punteruolo rimane innanzi al tubo laringotracheale. Io per esempio m'innamorai del tracheotomo di Ceccarelli, questo che vi presento, sol perchè aveva il vantaggio di possedere più che un punteruolo una lama onde potere prima incidere i diversi tessuti molli, e poi perchè ai lati ci ha due gronde che fin dalla prima introduzione della cannula permettono la libera circolazione dell'aria; ma debbo confessarvi che avendolo una volta adoperato sul vivo, ho dovuto smetterne l'uso; giacchè obbligato a premere con l'indice sulla cannula che porta insieme alla lama, facilmente vedeva diminuire la lunghezza di questa; e sopra un corpicciuolo che si dibatteva tra vita e morte, io era così imbarazzato, che dovetti ricorrere al bisturi. Dico dunque in tesi generica: ai tracheotomi complicati, più o meno congiunti a dilatatori, o semplici, e perfino al tracheotomo galvano-caustico di Caselli, preferisco la punta del bisturi che certamente incide quello che vogliamo, purchè sappiamo limitare la lunghezza della lama.

I processi rapidi si accreditarono molto in Francia per la necessità di procedere presto avanti. Il Bourdillat raccomanda di fare l'operazione in due tempi. Nel primo, s'incidono sulla linea mediana tutt'i tessuti pretracheali, nel secondo la trachea, e poi s'introduce la cannula. Il Moizard adotta un processo quasi simile, ma il Simon e il Saint-Germain si sono fatti caldi partigiani della tracheotomia in un tempo. Vi descriverò il processo Saint-Germain che è tipo di quello rapido, anche perchè ho avuto agio di sperimentarlo molte volte. Mi permetterete però che prima d'informarvi come si ha da piazzare l'infermo, quali sono le manovre del chirurgo, e prima anche di mostrarvele sul cadavere, io compendii le ragioni che debbono far preferire codesto processo. Ricordatevi, e non mi stancherò mai dal ripeterlo, che noi prima di praticare l'operazione dobbiamo riconoscere le diverse parti che compongono la regione laringotracheale. Se voi in un bambino che si dibatte tra le angosce dell'asfissia, avrete una volta e due fatto il riscontro della tiroide, della cricoide (che non sono sempre facili a riconoscere), alla terza volta è facile che smarriate questo dato, e incidendo strato a strato i tessuti, potreste deviare. In secondo luogo, il ragazzo che si trova in preda all'asfissia, ha sempre un plesso venoso sviluppatissimo; allora, o vi deciderete ad arrestare il



sangue prima di aprire la trachea, e la vita del bambino resterà, per ripetere una felice espressione del Prof. Caselli, sulle spugne; o dovrete affrontare tutte le conseguenze possibili della penetrazione del sangue, ed in questo caso l'operar presto può risolvere meglio la quistione.

Ecco il processo del Saint-Germain. Si denuda il bambino; io soglio servirmi di un tovagliuolo col quale involgo le braccia ed il torace, senza esercitare forte pressione, giacchè qualunque violenza ostacolerebbe sempre più la respirazione. Il bambino si mette sopra un letto piuttosto duro; preferisco un tavolo che offre buona resistenza. Al di sotto del capo bisogna provvedere per un cuscino che dev'essere anch'esso duro: o un cilindro di legno, su cui si arrotola un cuscino; o una bottiglia, su cui ligate con nastrino un guanciale. Un assistente s'incarica di tener bene la testa arrovesciata, in modo che il collo sporga molto. L'operazione col processo di Saint-Germain si riduce ad un attimo. Voi dovete in questi preparativi essere diligenti: un altro assistente s'inginocchia davanti al piccolo letto, e tiene fissi in una volta gli arti superiori ed inferiori, in modo che il bambino non faccia nessun movimento. Operate di notte o di giorno, provvedete sempre per una illuminazione laterale, e poichè dovete mettervi a destra dell'operando, la finestra o il lume debbono stare a sinistra. Se operate di sera, ricordatevi che il miglior mezzo d'illuminazione è un cerino ripiegato a più doppii. Ricordatevi che anche nella scelta di colui che deve tener questo lume, dovete essere oculati; un individuo pusillanime rischierebbe di farvi restare al buio. E poi vi armate di poche cose: di un bisturi retto, sul quale sono marcate a diversa distanza delle divisioni, in tutto per la distanza di un centimetro ed un quarto ad un centimetro e mezzo (bisturi con divisioni del Krishaber); un dilatatore, preferibile sempre quello a due branche del Trousseau; insisto per dirvi che, avendo sperimentato dilatatori con tre branche, mi son trovato impacciato; una cannula, sulla scelta della quale vi dirò qualche cosa. Essa può avere un terzo pezzo di aggiunta, il così detto conduttore del Krishaber, che termina come un catetere, e rimpiazza provvisoriamente la così detta contro-cannula. Questo conduttore serve a facilitare la penetrazione della cannula medesima, anzi il Krishaber ebbe l'idea di costruirlo per risparmiarsi il dilatatore. Ma vi consiglio di non fare a meno di questo prezioso strumento, giacchè vi sono speciali circostanze che ci obbligano a dilatare prontamente la trachea. Non obliate neppure un catetere elastico inglese, che in molte circostanze vi può rendere preziosi servigi, figurando momentaneamente come cannula, se troverete difficoltà ad introdurla, ed aspirare il sangue che versandosi nella trachea può essere cagione di asfissia. Allora, prendendo il bisturi tra il pollice, l'indice ed il medio della mano destra, e se il bisturi non ha le divisioni limitandone la lunghezza coll'unghia dell'indice, voi vi pre-



parate ad incidere quel punto della regione laringo-tracheale che avete in precedenza fissato; cioè cominciate a fare il riscontro con l'indice della mano destra, per riconoscere la sporgenza fatta dal pomo di Adamo, il limite inferiore della cartilagine tiroide, e poi il ligamento crico-tiroideo, sul quale deve cadere il taglio; poichè riconoscere questo punto non è sempre facile, dovete ripetere la vostra esplorazione, e trovarlo finalmente, fare un segno con l'unghia o con la matita. Allora con la mano sinistra prendete la laringe in modo che il pollice ed il medio l'abbraccino lateralmente, e premete come se vorreste enuclearla, mentre l'unghia del vostro indice sinistro segna il medesimo punto in precedenza fissato, là ove per la tensione della cute si forma una plica longitudinale. Raccomandate all'assistente che tiene la testa di non muoversi, ed immergete con sicurezza, anche ad occhi chiusi, il bisturi. Quando cominciate il taglio, siete colpiti dal vedere un flutto di sangue venoso; andate avanti con coraggio, seguitate, e sentirete un sibilo che vi assicura che l'operazione è pressochè compiuta; ed allora con un piccolo movimento di sega, incidete l'anello cricoideo, il primo ed anche il secondo anello della trachea, avendo cura di far sì che il taglio esterno sia un poco più lungo dell'interno, appunto perchè l'aria espulsa non produca enfisema infiltrandosi nelle maglie del connettivo. In questo punto è probabile che sangue cominci a penetrare nella trachea, e false membrane che si muovono procurano al chirurgo un brutto momento. Il Simon in questi casi raccomanda di mettere l'indice della mano destra nella ferita, non solo per assicurarsi di avere in realtà inciso la trachea, ma per fare un poco di pressione sui vasi, in modo che il sangue vada al di fuori; e questo mi pare un consiglio che in certe circostanze può valere molto. Ma io seguo ciecamente ciò che pratica il Saint-Germain, cioè dopo che ho allargato il taglio, fo sollevare il bambino, e sulla guida dell'indice introduco il dilatatore che divarico lentamente per procurare una graduale penetrazione d'aria, e poi striscio con la cannula, ma non con la punta del conduttore rivolta in giù, bensì nel senso contrario, facendo un *tour de maître*. Quando introducete la cannula in questo modo, facendo una rotazione, vi trovate subito in trachea. La introduzione della cannula è difficile, ragione per cui quel distinto chirurgo che è il Fergusson ha modificato la cannula esterna, in modo che possiate impicciolirla, così come vedete che io faccio. Queste due lamine, che rappresentano lo scheletro di una cannula da tracheotomia, restano divaricate poi da una contro-cannula, che avrete cura d'introdurre subito. Gli'inglesi sono tanto convinti che il tempo più difficile sia l'introduzione della cannula, che a quella che essi usano, aggiungono sempre un conduttore come questo che vedete nelle mie mani, conduttore che dà al chirurgo molta sicurezza, e realizza le necessarie condizioni per poter presto mettere in sito la cannula.



L'operazione però richiede molte altre cure; l'operazione può provocare moltissimi incidenti, e noi abbiamo il dovere di non ignorarli: e però ce ne occuperemo. Per terminare oggi, voglio dirvi poche cose sulla scelta della cannula, scelta che dovete regolare sulle dimensioni che offre la trachea. Indirettamente noi ricaviamo da questa breve nozione un criterio di più per dire che il punto di elezione per la tracheotomia nei bambini debba essere la membrana crico-tiroidea.

La scelta della cannula, ripeto, va proporzionata alle dimensioni della trachea. Ebbene il diametro antero-posteriore di questa, nell'adulto, è di 18 a 19 millimetri, nella donna invece che, come sapete, ha la laringe un poco più piccola dell'uomo, esso si riduce a 14 o 15 millimetri; nei bambini varia secondo l'età; in quelli di 18 mesi a quattro anni questo diametro è di 6 ad 8 millimetri, in quelli di 11 anni arriva a 10, in quelli di 16 anni, a 14. Il diametro trasverso nell'adulto è di 18 a 24 millimetri, nella donna da 14 a 20, e nei bambini è esattamente come il diametro antero-posteriore, proporzionato cioè anch'esso all'età del bambino.

Quindi resta dimostrato che il punto massimo di dilatazione della trachea è nel diametro antero-posteriore, e specialmente a livello della membrana crico-tiroidea. Su queste misure è facile scegliere le cannule, che nei bambini da uno a quattro anni debbono avere 6 millimetri di diametro e 5 centimetri di lunghezza; in quelli di 4 a 8 anni, 6 millimetri di diametro e 5 centimetri di lunghezza; in quelli di 8 a 12 anni, 10 millimetri e 6 centimetri di lunghezza; in quelli da 12 a 15 anni, 12 millimetri e 6 centimetri di lunghezza; negli adulti infine, 15 millimetri. Debbo dirvi però che in generale nel crup sarà sempre buona una cannula di grosso calibro; questa che vi presento, grossetta, l'ho usata per bambini di due anni e più. Per vero voi non solo dovete assicurare la libera respirazione, ma aspettarvi il distacco delle false membrane, il che, quando ha luogo, costituisce uno dei più seri pericoli.

Il Krishaber, del quale tutti lamentiamo la immatura e recentissima perdita, col suo vivace ingegno avea saputo trovare un mezzo facilissimo per proporzionare le dimensioni della cannula. Avendo egli notato un rapporto costante tra lo sviluppo generale del corpo e quello della laringe, creò per le diverse stature una scala corrispondente alle diverse cannule, così che misurando la lunghezza del corpo del fanciullo, si leggeva subito in un quadro qual diametro e quale lunghezza erano convenienti.

Signori. Io devo completare tutto ciò che concerne la tracheotomia nella prossima conferenza; spero inoltre mostrarvi praticamente sui cadaveri di piccoli bambini quello che ho teoreticamente esposto; ma non temo affermare sin da ora che il Saint-Germain ci ha fatto fare, nella tracheotomia per crup, un gran passo, rendendola scientificamente e praticamente facilissima, il che vuol dire *popolare*. E noi dobbiamo essergliene grati.



## LEZIONE DICIANNOVESIMA

### XIV.

#### **Incidenti operativi e cure consecutive alla tracheotomia nel crup.**

**Sommario.** — Incidenti: 1) Fissato bene lo spazio, non si riesce ad aprirlo. — 2) Emorragia. — 3) Difficoltà d'introduzione della cannula. — 4) Occlusione della cannula stessa fatta dalle false membrane. — 5) Discesa di molto sangue nell'ambito polmonare. — 6) Sincope. — Mezzi per prevenire e vincere queste difficoltà. — Cure consecutive. Si lavi l'infermo con acqua fresca e poi lo si rimetta in letto ben caldo. — Innanzi all'apertura della cannula si metta un velo protettivo. — Distacco, all'occorrenza, delle false membrane. — Si vieti ai parenti d'avvicinarsi ai bambini. — Si persista nella cura intrapresa. — Si puliscano la cannula e la contro-cannula. — Si metta una compressa al di sotto del padiglione della cannula. — Alimentazione. — Si rispetti il sonno, sorvegliandolo. — Si combatta la tosse, se si presenta. — Complicanze. Paralisi, flogosi, asistolia, esaurimento, pleurite, polmonite, ecc. — Più importanti sono: l'anoressia, la emorragia secondaria — e tra le complicanze locali: il flemmone, la erisipela, la gangrena, il difterismo. — Ulcerazioni tracheali. — Cura rispettiva. — Ablazione della cannula, razionalmente e metodicamente fatta.

SIGNORI,

Esposi le ragioni che ci facevano preferire il processo rapido quando dovevamo operare di tracheotomia nel crup, e vi descrissi il metodo, che pur vi mostrai sperimentalmente sul cadavere. Ora noi dobbiamo completare tutto ciò che concerne **tracheotomia nel crup**, occupandoci innanzi tutto degl'**incidenti** che possono sorgere durante l'operazione, e poi delle **cure consecutive**: argomento, come indovinate, di una importanza grandissima; tanto più che i libri ed i trattatisti se ne occupano poco, o di volo; notizie, queste che in compendio vi darò, ricavate dalla mia pratica personale, e che desidero trasfondere in voi con tutta la coscienza e con tutte quelle ansie e quelle agitazioni che ci procurano queste difficili cure. Giacchè, miei Signori, non basta aver riportata la prima vittoria col successo dell'atto operativo; il trattamento postumo ha tanta impor-



tanza, che il trascurarlo diventa novella sorgente di pericoli pel povero bambino.

Quando vi ho descritto il metodo, ho supposto che tutto andasse pel suo verso; ma possono sorgere taluni incidenti, i quali ci mettono in imbarazzo, o compromettono l'esito dell'operazione. Sarà bene dunque enumerarli, e vedere qual'è la via onde potervi prontamente rimediare.

Il primo incidente che può darsi è questo: pur avendo bene fissato il punto che dovete incidere (lo spazio inter-crico-tiroideo), voi non arrivate ad aprirlo, e restate un poco più avanti. Bisogna armarsi di coraggio e continuare, malgrado il flutto di sangue venoso che viene avanti.

Insisto su questo, giacchè non è un azzardo, bensì un corollario logico della nozione precisa della regione da noi prescelta. Se avete bene esplorato questo punto, se con le manovre preliminari, dopo aver fissata la laringe, avete riconosciuto la membrana crico-tiroidea, voi potete con sicurezza procedere avanti, immergendo il bisturi sino ad ascoltare quel sibilo caratteristico della penetrazione dell'aria. Coraggio dunque e avanti, fino ad aver la certezza di essere arrivati dove si voleva.

Secondo incidente: emorragia.—Ecco un fenomeno che ha preoccupato i più distinti chirurghi. Specialmente per coloro che non avendo messo in pratica il processo di Saint-Germain lo credono azzardoso, la emorragia è un incubo, è, come si dice, la bestia nera; ed è il rimprovero che ci rivolgono, quando ci eleviamo a fautori di questo processo rapido. Ebbene, io non ho operato *moltissime* volte con questo processo rapido; ma in tutte quelle circostanze nelle quali l'ho messo in atto, ho visto che la proposizione del Saint-Germain, cioè che la emorragia cede spontaneamente introdotta la cannula, è verissima; e non io, che sono tra gli ultimi chirurghi che operano di tracheotomia, ma lo stesso Saint-Germain, il quale conta a centinaia i casi, non ha avuto mai a lamentare questo che taluni dicono *deplorable* incidente. Voi comprendete che la emorragia debba naturalmente cessare non solo per la ripristinazione del circolo, ma anche perchè la cannula fa da tampone; è miracoloso il vedere questa emorragia cedere, non appena avete introdotto nella trachea il tubo d'argento. Che se l'emorragia fosse considerevole e perdurasse anche dopo l'introduzione della cannula (caso che dobbiamo giustamente contemplare), allora sarà mestieri ricorrere a quelle altre risorse che la scienza c'insegna; per esempio alla pressione fatta con l'indice, secondo il metodo del Simon, sia per impedire che il sangue colasse giù nell'albero aereo, sia per esercitare una pressione; alle pinzette emostatiche, che sarà bene avere sempre pronte e di forma varia; al disco di esca che voi interponete tra la cute ed il padiglione della cannula; all'aspirazione col catetere onde evitare l'asfissia; e poi a qualche emostatico comune, il percloruro di ferro, sempre che vi riesca vedere il punto sanguinante;



o qualche altro stittico, se l'emorragia è discreta; e l'iniezione di ergotina, e l'alcool a dosi forti, che nelle emorragie, specialmente nella secondaria, riesce utile. Badate che io mi occupo presentemente dell'emorragia come incidente dell'atto operativo; dovrò ritornarvi sopra quando parlerò delle emorragie postume.

Che se il sangue ricompare dopo che avete applicata la cannula, non obliate che certe volte ve la caverete con onore sostituendone una più grossa; e sia per dar passaggio libero alle false membrane, sia per esercitare una conveniente pressione, dovete sceglierne sempre una relativamente grande, cosa che vi dissi sin dalla passata conferenza.

Un altro incidente che può darsi durante l'atto operativo, è la difficoltà d'introduzione della cannula. Questo è davvero il tempo più difficile dell'operazione. Terrete allora presente il conduttore di Krishaber e quello inglese che vi facilitano il compito. Ma certe volte la penetrazione è difficoltà, in quanto che avendo voi ferita la parete posteriore della trachea, la pressione esterna supera l'interna di tanto, che accolla le due pareti, e dà alla trachea l'aspetto di un nastrino; voi siete in trachea, ma non riuscite a piazzare la cannula, perchè non potete spostare questa parete posteriore dall'anteriore. La ferita della parete posteriore è un fatto irrimediabile, quando è accaduto; è uno degli incidenti che dovete evitare, come l'altro più grave, la ferita dell'esofago. Ma se disgrazia vuole che ci siate capitati; se non sarete stati molto attenti nel proporzionare la lunghezza della lama del bisturi, dovete sforzarvi col dilatatore di slargare questo tubo ridotto ad un'angusta fessura, e cercare di introdurre la cannula. Vi ho citato il fatto, perchè richiamata semplicemente la vostra attenzione, potreste trovare la spiegazione di un ostacolo alla introduzione del tubo tracheale.

Qualche volta la cannula penetra con difficoltà, perchè l'incisione è stata praticata un poco corta; ed allora voi, prima di decidervi ad allargare la ferita, dovete pensare a mantenere libera la respirazione, e tener sempre presente e sotto mano un catetere elastico, che provvisoriamente faccia l'ufficio di cannula. Il catetere serve ad aspirare il sangue, può utilizzarsi temporaneamente come cannula, è una preziosa risorsa, insomma, alla quale dovrete pensare in precedenza; una volta, in un adulto, io avendo praticata l'incisione un poco troppo breve, potetti salvare la vita al paziente, compromessa in quella lotta che si determina tra la penetrazione dell'aria e la caduta del sangue, grazie alla rapida introduzione di un catetere elastico.

Voi avete inciso la cricoide e i primi anelli tracheali, avete introdotta la cannula, avete udito il sibilo che l'aria produce attraversando quell'apertura artificiale, ma l'infermo non respira, ci ha apnea. Momento solenne, perchè nell'animo del più coscienzioso operatore sorge sempre



il dubbio di non aver compiuta l'operazione secondo i dettami della scienza. Non bisogna smarrirsi. La tracheotomia è una di quelle operazioni nelle quali il chirurgo non deve mai perdere il suo sangue freddo, e dev'essere svelto: è proprio il caso del *cito, tuto et jucunde*. Ebbene se ci ha apnea, bisogna ricordarsi che le false membrane non sono mai limitate nella sola laringe, ma estese nella trachea, e, rimosse, facilmente si piazzano di contro all'apertura inferiore della cannula, occludendola e impedendo la penetrazione dell'aria. Allora ritirate per un momento la cannula, divaricate col dilatatore le labbra della ferita, e aspettate. Certamente, se l'operazione è stata compiuta bene, aria penetrerà ed aria sarà espulsa, e sotto i violenti sforzi di una inspirazione profonda e poi di una espirazione, vedrete espellere false membrane di dimensioni e forme varie.

Altre volte non è la falsa membrana la cagione dell'apnea, ma muco e sangue (specialmente quest'ultimo), che si precipitano giù. Che se l'operazione è stata praticata un po'tardi, la reazione da parte del pulmone sarà anch'essa tarda e lenta, e la tosse mancherà, cioè mancherà quell'azione riflessa per cui le vie aeree debbono liberarsi da questo ingombro. L'aspirazione col catetere, il vellicare la mucosa tracheale con una barba di penna, l'eccitare la respirazione con lo spruzzare acqua fresca, certe volte sono i migliori mezzi per liberare le vie aeree dal sangue che ha potuto accidentalmente cadere.

Un incidente anche più deplorabile ed allarmante è la sincope, che suole accadere allorchè si opera tardi, o quando l'individuo si trova in uno stato di estrema prostrazione. Cerca, dalla volta passata, trovare una spiegazione più verosimile per renderci conto di questa sincope; ma qui, più che della genesi del fenomeno, è dei rimedii che dobbiamo occuparci. Vi dirò che non bisogna abbandonare come cadavere l'infermo; anzi è mestieri eccitare la respirazione, se sarà possibile con un apparecchio d'induzione, applicando i reofori sulla regione cardiaca od ai lati del collo; facendo odorare sostanze stimolanti, l'ammoniaca che si accosta alle narici; ecco perchè insieme al percloruro, al catetere ed alle compresse, sarà bene provvedervi di un poco di ammoniaca. Mezzo più solenne è la respirazione artificiale e le insufflazioni fatte, non bocca a bocca (che sarebbero pericolose), ma sempre mediatamente, per mezzo di un compressore, come quello che adoperiamo per gli ordinarii polverizzatori, la palla di Richardson. Questi mezzi riescono, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, a ridonare la vita, ad operare talora vere resurrezioni. Se ci sarà il tempo e la respirazione si mantiene irregolare, intermittente, voi potrete utilmente servirvi delle inalazioni di ossigeno.

Comprendo che oltre a questi principali, possono darsi incidenti di minore importanza; ma alla vostra pratica ed alla vostra abilità la missione di superarli.





Ora cominciamo ad occuparci un po' delle cure consecutive che bisogna dare al piccolo paziente, e poi delle complicate che possono insorgere compito l'atto operatorio. So che il dolore che colpisce noi altri, dopo che una operazione è riuscita perfettamente e l'infermo si perde, è certo non lieve; ma quante volte avrete potuto rimettere nella culla il piccolo malato, e avrete potuto dire alla famiglia: « fin qui l'opera mia », la vostra coscienza, il vostro amor proprio, la vostra reputazione saranno bene al coperto. È mestieri lavare il piccolo infermo; il sangue che irrompe con veemenza fuori, che cola dalle labbra della ferita l'avrà insudiciato; specialmente perchè voi avete cura di denudarlo; voi lo lavate, e certe volte un bagno idroterapico improvvisato riesce un eccellente mezzo eccitante. Ricordo benissimo che in una bambina, nella quale non ero troppo contento del ritmo con cui procedeva la respirazione, io feci una solenne abluzione con acqua fredda, ed ebbi il piacere di vedere subito una respirazione forte e regolare. Però dopo il bagno freddo, dovete pensare alla reazione, e perciò sarà bene rimettere in un letto riscaldato il piccolo operato, sarà bene fare il possibile perchè si ristabilisca completamente l'equilibrio della circolazione, equilibrio che già s'iniziava dopo che si era pensato ad una respirazione per via artificiale. Bisogna badare alla temperatura ed al grado d'igrometria della camera dell'infermo; non solo perchè la temperatura sia uniforme, e voi rendiate meno suscettive alla flogosi le porzioni del tratto inferiore delle vie del respiro; ma anche perchè facilitiate il compito del distacco delle false membrane. Temperatura che può oscillare tra 17 e 19 gradi; aria alquanto umida della stanza, perchè i prodotti della secrezione siano liquidi il più che è possibile e le false membrane non si dissecchino e rappresentino un ostacolo alla loro espulsione. Onde evitare che corpi estranei penetrino attraverso la cannula, acciò l'aria stessa sia proporzionata alla temperatura della mucosa, in tutti gl'infermi operati di tracheotomia per qualunque ragione, noi sogliamo mettere avanti l'apertura della cannula un velo protettivo, il quale sarà mutato tanto più spesso, quanto più copiosa è la secrezione. Per vero, seguito l'atto operativo, comincia una specie di flusso da queste vie, flusso costituito da muco e sangue.

Ciò che più urge è l'assistenza del piccolo operato; assistenza che, specialmente nelle prime ore, dev'esser fatta più che da attendenti delle famiglie, da qualche sanitario. Non solo perchè importa pulire spesso la contro-cannula (e questo s'impara facilmente e si compie con tanta maggiore facilità, quanto più la contro-cannula supera in lunghezza la cannula principale), ma anche affinchè intervenendo il distacco delle false membrane ed una possibile interruzione del respiro, l'uomo dell'arte possa slacciare i nastri, togliere la cannula, dilatare la ferita, e ricercare le false membrane con una pinza adatta, come questa che vedete, e che lascerete



presso le famiglie dei vostri operati. Io non potrò mai dimenticare che dodici ore dopo una operazione per crup, in una bambina, fui chiamato di urgenza, e dovetti lottare per una buona ora, tenendo dilatata ampiamente la ferita, andando alla ricerca di false membrane, che giunsi appena a far muovere, ma non a distaccare; il distacco accadde dopo, e la respirazione si ripristinò.

Abbiate presente lo interdire che i bambini riveggano, subito dopo, i loro genitori o i loro parenti. L'atto operativo, che è pieno di pericoli e può produrre morte istantanea, vi avrà fortunatamente suggerito di allontanare i genitori. Una emozione che procurate, col ritorno di questi parenti, i quali non potranno celare la loro commozione nel rivedere ritornato in vita un cadavere, si tradurrà in una influenza malefica sulla salute dell'infermo; e si potrebbe lamentare una sincope, delle emorragie, od altri accidenti che compromettono il risultato finale.

Compiuto l'atto operatorio, una quistione che ha formato obbietto di studii serii è la seguente: bisogna continuare la cura generale, o no? Bisogna continuare a far pennellazioni, a somministrare chinina, limonea ed emetici? Francamente io credo che la quistione sia stata agitata per lo meno poco a proposito. Non si può negare che la tracheotomia esercita anche sul processo difterico una favorevole influenza; lo provano le statistiche che ci fanno sapere come operando a tempo noi arriviamo molte volte a prevenire la diffusione nella trachea e nei bronchi; lo prova l'attenta osservazione clinica, la quale dimostra abbassamento della febbre, miglioramento delle condizioni locali relative a quell'essudato accessibile alla vista. E non crediate che io esageri; quello che vi riferisco ha colpito l'attenzione delle famiglie, che vi diranno spontaneamente come siano rimaste maravigliate dal vedere le tonsille che cominciano a spogliarsi; i ganglii tumefatti che si riducono, compiuta la tracheotomia. S'intende bene quando le condizioni son tali che voi abbiate decisa l'operazione con alcuni gradi di probabilità. Ma io diceva: mi sembra quella della cura medica consecutiva una quistione fuori proposito, in quanto che noi con la tracheotomia non abbiamo fatto che parte del trattamento; noi abbiamo aperta una via artificiale e niente altro. Sarà bene dunque non tralasciare del tutto la cura intrapresa, ma proporzionarla alle condizioni in cui versa l'organismo per le novelle fasi che attraversa. Insistere per esempio molto sui rimedii esterni più che sugl'interni, senza restare neghittosi. Le polverizzazioni di acido fenico (una soluzione al centesimo adoperata col nebulizzatore a vapore ogni ora un quarto d'ora) risolvono il problema di rendere abbastanza umida l'atmosfera della camera, quello di proteggere coloro che assistono il paziente, ed infine il terzo, combattere cioè nel modo più razionale questa infezione, o se vi piace meglio, la reinfezione dell'organismo, che va avanti a misura che la malattia pro-



cede nel suo decorso. Continuare l'emetico è non solo pratica irrazionale, bensì dannosa, in quanto può deprimere le forze cardiache e compromettere la vita del paziente. Le false membrane si muovono quando sono distaccate: favorire questo distacco, è la più classica indicazione, ma con l'umidità della stanza, le polverizzazioni alcaline, il tempo e la pazienza.

Oltre alle cure reclamate dall'infezione e dagli essudati più o meno abbondanti disposti sulle sedi varie, ci sono talune regole che riguardano la cura locale che bisogna attuare; quando la cannula è in sito, conviene, e l'ho già detto, nettarla. Lorchè s'ignorano certe piccole cose, il chirurgo si può trovare imbarazzato. Un eccellente mezzo per nettare la cannula è la polverizzazione direttamente fatta con una sostanza alcalina tiepida, perchè non irrita la mucosa. Questa polverizzazione provocando una tosse, è certe volte un mezzo eccellente per facilitare il distacco delle false membrane.

La contro-cannula alcune fiate resta attaccata alla cannula in modo che è difficile toglierla; e se viene otturata da pezzi di false membrane o da muchi addensati, la respirazione si rende molto difficile. Un chirurgo poco pratico, un assistente che non assuma la responsabilità di slacciare i nastri e tórre via tutto, può crearsi un imbarazzo grandissimo. Onde è lodevole cosa lasciare scritte talune istruzioni, tra le quali quella di portare con un conta-gocce poche gocce di acqua tiepida a livello del padiglione della cannula. Vi assicuro che mi fermo su queste picciolezze, sol perchè essendo ritornato presso i miei operati, ho visto giovani medici occupati con tanaglie a staccare la contro-cannula.

Un altro mezzo eccellente è la barba di penna. Voi raccomanderete di prepararne moltissime sottili, che si bagnano in una soluzione fenicata e s'introducono successivamente attraverso la cannula con coraggio, sino a vellicare la trachea: il mantenere desta quest'azione riflessa è sempre utile, specialmente quando volete ottenere il distacco di essudati che si formano sulla mucosa.

Al di sotto del padiglione della cannula bisogna piazzare una compressa, appunto per fare che gli essudati che colano dell'angolo inferiore della ferita non imbrattino l'infermo; e si avrà cura di rinnovare spesso queste compresse e di bagnarle in una soluzione fenicata.

E per l'alimentazione? Voi comprendete che dopo aver fatta l'operazione, dovete lasciar dette tutte queste cose alla famiglia; e poichè non avrete nè il tempo nè le forze di rimanere di guardia, è una consegna di tutte queste istruzioni che dovete fare.

Come regola può valere che nel primo giorno non bisogna dare a mangiar molto, sia perchè succederà la febbre traumatica, sia perchè dovete guardarvi dal produrre una eccitazione troppo forte; un poco



di brodo e acqua vinata basteranno. A misura che la febbre diminuisce, penserete ad un'alimentazione riparatrice, accanto a cui metterete sempre piccole dosi di vino generoso. Dopo che il bambino è stato operato, non tarda ad addormentarsi. Questo sonno ha tenuto preoccupato i chirurghi, i quali si sono domandati se valeva la pena di rispettarlo o di combatterlo. Quelli che erano del primo avviso dicevano: il gracile organismo ha bisogno di riposo, di riparare le perdite subite, le lotte durate. Quelli che sono dell'opinione contraria, temono che il sonno potesse essere fatale, in quanto che rallentando la respirazione favorisse la sincope, o provocasse apnea per discesa di sangue o distacco delle false membrane. La quistione si risolve da sè, se per poco pensate che potete far riposare il bambino, ma sorvegliandolo. Convien scrutarne ogni piccola azione: il respiro, il polso, il volto, la posizione. Francamente io ho l'abitudine di rispettare questo sonno che certe volte è tranquillo, dolce, salutarissimo, e produce una grande soddisfazione al chirurgo che ha operato.

Vi ho accennato alla febbre traumatica, ed è inutile fermarmi molto per dirvi come e perchè questa febbre si determini; suole comparire poche ore dopo l'operazione, ed eleva sempre un poco la cifra della temperatura a cui eravate rimasti.

Noi sappiamo che nel decorso ulteriore, il crup dà una temperatura che non è molto elevata, anzi a misura che tende a stabilirsi il periodo adinamico, la temperatura si abbassa; è quasi sempre in questo periodo che voi operate. Fatta la tracheotomia, voi vedrete rialzare la temperatura; non deve il fatto preoccuparvi, come non ha preoccupato me, quelle volte che mi sono trovato in contraddizione con altri medici presenti, che prima avevano combattuta l'idea della tracheotomia, e quando l'operazione era andata per bene, credevano nella febbre trovare come scontare la colpa del successo. No; quest'elevamento termometrico è di poca importanza; dopo 24 o 48 ore cede, o si confonde con la temperatura provocata dal processo; il che significa che se l'infezione si arresta, potete arrivare fino alla normale, e se sorgono complicanze, la temperatura può rialzarsi, ma non è più nel dominio del trauma.

Applicata la cannula, certe volte si determina una tosse così pertinace ed insistente, che i bambini perdono la loro tranquillità. Io sono stato invitato a ritornare in paesi lontani dalla città, per questo molesto fenomeno. L'atmosfera umida, gli emetici (e permettetemi io vi ripeta che è questo il solo rimedio che bisogna del tutto bandire), tutta questa farragine di farmaci e d'indicazioni non produce niente. La tosse pertinace deve subito richiamare la vostra attenzione sul modo come sono allacciati i nastri: quando la cannula oscilla un po'troppo entro la trachea, riesce cagione d'irritazione; ed allora stringendo un poco i nastri o



cambiando la cannula, la si doma. Ricordo benissimo che sono riuscito per incanto a correggere la tosse, nè più nè meno che con questo semplice mezzo.

Vi sono però, o Signori, delle vere **complicanze**, e vi chieggo scusa se c'insisto, soprattutto dopo aver troppo allungato queste lezioni sulla difteria; complicanze, talune delle quali sono ligabili all'infezione difterica, ed altre che sono comuni. Per esempio la paralisi, certe flogosi, l'asistolia per grumi così facili a formarsi nella cavità cardiaca, l'esaurimento, i progressi dell'infezione, le lesioni intestinali, gli esantemi difterici, l'albuminuria sono complicanze che si legano al processo causale, e si curano nella maniera ordinaria. Dite altrettanto di quelle affezioni comuni che intervengono ad operazione compiuta: la pleurite, la pulmonite, la bronchite, la bronco-pulmonite e la gangrena pulmonare. Occupiamoci invece di altre che stanno in più intimi rapporti con l'atto operativo, per esempio l'anoressia.

È desolante che alle volte si veggia in serio pericolo un bambino nel quale l'operazione è riuscita splendida, sol perchè ostinatamente ricusa i cibi. In emergenze simili, potreste essere obbligati perfino ad alimentarli con la sonda, e potrete prevenire più che curare quest'anoressia col far lavare per tempo i bambini, col tenerli distratti, e poi con qualche sostanza amara o tonica.

Le emorragie secondarie certe volte dipendono dal distacco delle false membrane; si riconoscono facilmente, si domano da loro stesse; non così quelle che dipendono da incisione di vasi importanti. Il Margary di Torino ha riferito due casi, molto istruttivi, di morte per emorragia postuma alla tracheotomia; l'autopsia ha dimostrato che l'emorragia proveniva dai vasi dell'istmo della tiroide inciso; ma se vi ricordate che il processo di Saint-Germain ha, tra gli altri, il vantaggio di capitare al di sopra di quest'istmo, comprenderete che esso stesso ci mette al coperto da codesto incidente. Che se l'emorragia non provviene dall'istmo della tiroide, noi allora, o possiamo ravvisare il punto che dà sangue (perchè è compreso tra la trachea e la cute esterna), ovvero dobbiamo convincerci che il sangue parte dalla mucosa della trachea; se questa è grave, non c'è da far nulla di chirurgico, proprio nulla, tranne l'alcool a dose generosa e gli stittici; se è moderata, si potrà mitigare sotto l'azione di questi stessi rimedii che amministrerete con maggiore fiducia. Non dimenticate che le flagellazioni con una compressa fredda, la posizione orizzontale e i rivulsivi possono riuscire ottimi mezzi a moderare l'emorragia.

Gli accidenti locali, in prossimità della ferita, si riducono al flemmone, all'eresipela, alla gangrena, al difterismo.

Il flemmone ha tendenza a terminare più con ulcerazione che con suppurazione. In queste circostanze potete cominciare a combatterlo con gli



antiflogistici, con le bagnature fredde; e specialmente se è stato provocato da manovre un poco brusche, da tentativi per introdurre la cannula riusciti infruttuosi, voi potete col riposo della parte, e rimettendo a posto convenientemente la cannula medesima, combattere etiologicamente il processo. Ma se il flemmone va avanti, dovete pensare alla cura compressiva, e il collodion ha reso buoni servigi.

Per l'eresipela, per l'enfisema e per tutte quelle condizioni che gonfiano il collo, onde la cannula non pesca più nella trachea e la respirazione si fa a stento, deve valere tutto quel po' che vado a dirvi. Quante volte per ingorgo dei tessuti molli si aumenta la distanza tra la superficie esterna e la trachea, la cannula non basta al bisogno; ce ne vuole una più lunga o di forma diversa; il Durham ha bene risolta la questione servendosi di cannule ad angolo retto, nelle quali voi potete fissare a talento, alla distanza che vi piace, il padiglione; oppure potreste farne costruire delle speciali con una curvatura abbastanza pronunziata. L'eresipela può divenire un accidente grave, può farsi serpiginosa ed invadere successivamente molta estensione del corpo. Il collodion, i tonici, forse le iniezioni fenicate alla periferia della cute malata valgono qualcosa.

La gangrena non si può neppure prevenire: si combatte con una rigorosa igiene, con grande nettezza e specialmente coi disinfettanti, tra i quali il primo posto è occupato dall'acido fenico. Una medicazione analoga farete nel caso di difterismo della ferita: la medicazione disinfettante qui andrebbe a preferenza della caustica. Mi piace avvertirvi che il difterismo certe volte assume vaste proporzioni, ma ciò malgrado non deve grandemente allarmarvi, giacchè con cure opportune, e se i poteri fisiologici il consentono, ne riuscirete vittoriosi.

L'enfisema del collo certe volte può estendersi fino nel mediastino ed essere causa di morte. Più che ad altro, gli è alla causa che dobbiamo rivolgere la nostra attenzione; così, la conoscenza di questa ci sarà di guida ad una cura razionale. L'enfisema può dipendere da viziosa apertura della trachea; per esempio un taglio troppo breve o uno troppo lungo, ovvero troppo basso, uno laterale, uno doppio. Altre volte è effetto dell'insufflazione praticata per richiamare in vita gl'infermi; altre fiate delle manovre infruttuose per introdurre la cannula; e infine può dipendere da ingorgo dei tessuti e scollamento, per cui l'aria trova facilmente posto dove infiltrarsi. In tali emergenze dovete servirvi delle cannule lunghe, rette. Ma potrete favorire la scomparsa dell'enfisema con una graduale compressione; e certe volte, se ci ha sclerosi dei bordi della ferita, col togliere definitivamente la cannula, giacchè è provato che la respirazione può eseguirsi discretamente bene senza di essa, quando i tessuti intorno alla ferita sono induriti.



Una delle complicate sulle quali il Roger ha richiamata la sua attenzione, è quella relativa alle ulcerazioni della trachea. Il campo è diviso tra coloro che credono che l'ulcerazione sia tutto un fatto traumatico, e quelli che la mettono sotto la dipendenza di condizioni generali. Io credo che non si possa essere esclusivisti, e l'ecletismo alle volte valga a renderci meglio conto dei fatti. Una cannula rigida che urta contro la parete posteriore della trachea (poichè giova il dirlo, le ulcerazioni hanno sede appunto in questa parete), può bene, per fatto traumatico, destare l'ulcera: si può facilmente rimediare con le cannule mobili, come questa di vulcanite, o modificandone la curvatura, in modo che non abbia più il quarto di cerchio; ovvero adoperando queste altre di gomma che mi son venute di Vienna. Pilcher dice a tal proposito che si può fare a meno della cannula stessa, suturando con la pelle i margini della ferita tracheale. Se poi si ha diritto a sospettare che le condizioni generali non siano del tutto estranee, sarà logico aggiungere i tonici.

La cura consecutiva deve contemplare pure l'ablazione definitiva della cannula. I genitori dimenticano presto il pericolo corso, le ansie loro e quelle del medico, e dicono: ma cosa faremo di questa bambina con un foro nel collo, e con una secrezione che certe volte non è inodore? L'ablazione della cannula è uno dei più seri problemi che si presenta al chirurgo, in quanto che per una cura di lusso, si rischia di mettere in novello pericolo la vita del paziente. All'ablazione della cannula convien pensare sin dai primi giorni. Non crediate questo un paradosso: è una verità clinica che non ammette trascuranza: lo sconfessarla, invece, ci spiega perchè per anni, taluni bambini portano la cannula. Egli è precepto che, elasse le prime ventiquattr'ore, voi dobbiate rimuovere la cannula, non solo per osservare lo stato della ferita, non solo per dare più libero sgorgo agli essudati, cauterizzare e medicare a talento, ma anche per cominciare ad abituare il bambino a starne senza, e sarà sempre la traccia del cammino che seguirete nel tratto ulteriore, onde ogni ventiquattr'ore voi la ricambierete, tenendone pronta una simile da rimpiazzare, perchè poco tempo dopo l'operazione i margini della ferita si possono chiudere, e voi potreste molestare molto le parti. Così a gradi, a gradi, lasciate qualche tempo i bambini senza cannula. Vi sono chirurghi che esagerano nel fissare l'epoca in cui si può praticare questa definitiva ablazione; e ciò io credo poco esatto. Si comincia dal togliere la cannula per poche ore, e poi si arriva a chiudere per sempre la ferita. Ma l'ablazione dev'essere fatta in epoca proporzionata alla intensità del processo, e al modo onde la cicatrizzazione procede in ordine alle complicate. Talora i bottoni carnosì introflettendosi nell'interna cavità sono un serio ostacolo (cicatrizzazione precoce), e tal'altra la cicatrizzazione è torpida, lenta, difficile. In somma sono le circostanze speciali che de-



vono guidarci, cioè l'esatta nozione che il processo si estingue, e la permeabilità di quelle vie stenotate si ripristina. Voi dovete esagerare nell'esser solleciti, anzi che ritardare: questi bambini più esiterete a chiudere la ferita, maggiori difficoltà vi creeranno. Convien fare la scala, cioè ad una cannula grande, man mano sostituire una più piccola di mole, chiudendo provvisoriamente, per alcune ore del giorno, l'apertura esterna, in modo che l'aria essa stessa riesca un mezzo dilatatore; così arrivate sino a rudimentali dimensioni di cannule che servono più a tenere leggermente divaricati i bordi della ferita, anzichè a permettere la libera respirazione. Fate chiudere di notte la cannula ed osservate voi il modo onde il bambino respira: talfiata è la paura che provoca uno spasmo, e voi ve ne accorgete chiudendo la cannula ad insaputa dell'infermo, ed osservando come si compie la respirazione. Lo stato della voce, della deglutizione—la deglutizione in tempo prossimo alla operazione soffre sempre un poco per il fatto traumatico o per paralisi—e della respirazione, saranno la migliore guida per deciderci all'ablazione. Ma non obliate che la secrezione abbondante potrebbe farci credere ad una persistenza della stenosi, onde prima di decidervi, sarete prudenti sì, ma non esitanti. Tutto questo tirocinio sarà compito sotto la vostra direzione e la vostra responsabilità, nulla farete che non sia nelle vostre convinzioni.

Signori. Non posso lasciare quest'argomento senza dirvi qualche cosa della difteria dalle vie nasali. Lo farò nella prossima lezione.



## LEZIONE VENTESIMA

---

### XV.

#### **Difteria delle vie nasali — Difteria secondaria.**

**Sommario.** — La difteria può cominciare primitivamente dal cavo naso-faringeo. — Bretonneau l'intravide per primo. — Possibilità di errori diagnostici, specialmente con la corizza. — Ha gravezza maggiore (Trousseau). — Note per le quali la si deve sospettare: disturbi generali—febbre—esame rinoscopico—alterazione della voce. — Epistassi. — Tosse analoga alla cruppale. — Dispnea intensa. — Fatti collaterali per difteria laringea o faringea possono simularla. — La terapia non va modificata: aggiungansi solo siringhe intra-nasali alla resorcina. — Difteria secondaria. — Per quali morbi si manifesta. — Caratteri comuni a tutte le difterie secondarie. 1) Si manifesta a corso inoltrato del morbo.—2) Quando i fatti generali tacciono.—3) Con alterazioni della mucosa sottostante. — 4) La morte ha luogo in mezzo a sintomi di collasso e di adinamia. — 5) Presenta come sedi le medesime predilette dal processo originatore del morbo. — Caratteri speciali. — Difteria da scarlattina, da morbillo, da febbre tifoidea, da vaiuolo.—La cura non si modifica.—La tracheotomia in casi di laringo-stenosi ha dato anch'essa cattivi risultamenti.

#### **SIGNORI,**

Quando descrissi la forma tipica dell'angina difterica, accennai che nel secondo periodo poteva verificarsi una diffusione dell'essudato, principalmente verso la laringe, principalmente verso il cavo naso-faringeo. Poichè lo studio della difteria laringea è interessantissimo, noi ne abbiamo trattato a parte; completiamo oggi lo studio della difteria in genere, e della porzione alta delle vie respiratorie in ispecie, con qualche breve nozione intorno alla così detta **difteria nasale**, ed alla **difteria secondaria**, di cui pure accennai qualche cosa.

Bretonneau fu colpito dal fatto che in certe epidemie la difteria cominciava coi sintomi di una corizza; e questo che il dotto medico francese aveva osservato, noi abbiamo pur visto nelle attuali ricorrenze epidemiche; vuol dire che se è possibile una diffusione dell'angina difterica, è altresì vero che sotto speciali condizioni la difteria comincia dal



cavo naso-faringeo; e gli essudati che si diffondono alle fauci, sono essudati di propagazione, essendo il punto di partenza rappresentato, come ho detto, dalla cavità naso-faringea.

È bene intenderci sulla **nomenclatura** di questa forma, giacchè voi indovinate quanto ampio, quanto importante, dal punto di vista anatomico e fisiologico, sia il cavo naso-faringeo. Per difteria nasale dunque non intendiamo la sola stratificazione dell'essudato sulla schneideriana, ma la compartecipazione di tutto il cavo e lo spazio naso-faringeo, il quale ha dimensioni considerevoli, se ricordate che ha come limite superiore la base del cranio, come parete laterale le pareti laterali della faringe, dove osserviamo le fossette di Rosenmüller e gli orifizi delle tube Eustachiane, e come limite posteriore la parete posteriore della faringe, nonchè in avanti l'anteriore, dove ci ha il setto ed i forami delle coane, e poi i turbinati ed i meati. Questo breve ricordo vi fa intravedere che certe fiato l'essudazione è estesa, ma poco ravvisabile all'occhio indagatore; onde in tai casi l'essudato sporge sotto forma di un orlo dalle arcate dei pilastri; o se si estende in avanti verso le narici, si stratifica sulle pareti laterali del setto, e negli spazii dei meati.

Ci ha, però, altre ragioni le quali c'impongono di studiare a parte la difteria nasale, e queste sono: l'importanza del pronostico, l'importanza dei sintomi e le modificazioni curative che dobbiamo apportare. È dunque da questo punto di vista, clinico e terapeutico, che io tesserò lo studio di così importante forma.

Quando i **fenomeni** generali prevalgono e ci ha febbre alta, mentre i fenomeni locali sono scarsi, cioè non ci ha altro che l'indizio di una corizza, il pratico può trovarsi in un serio imbarazzo per riconoscere la natura vera del morbo. Qualcuno di voi che mi ha seguito in clinica civile, è stato testimone di errori diagnostici commessi da pratici sperimentati, tanto più lamentevoli, in quanto lasciano nelle famiglie lo scrupolo che il non essere intervenuti a tempo, sia stata una concausa del triste esito della malattia. Sarà dunque mestieri aprir bene gli occhi per interpretare giustamente una scena sintomatologica che esprime un evidente contrasto tra i fenomeni generali e quelli locali. Come regola, dunque, vi consiglio di tener gran conto di quelle forme di corizza che si accompagnano a febbre alta ed a scolo siero-sanguinolento dalle narici, il quale per la sua virtù irritante escoria il labbro superiore. Ei può dirsi che per lo spazio che l'essudato trova, spazio considerevole, esso tarda a manifestarsi; e se la febbre perdura due, tre o quattro giorni, voi vedrete aumentare le ragioni per una indecisione diagnostica; in quanto che confortati dalla possibilità di una semplice corizza da una parte, ed allarmati dall'altra dalle condizioni generali, non avendo come base del vostro giudizio diagnostico il sintoma patognomonico, voi esitate nel pronunziarvi, ed intanto il male



cammina, e l'essudato a contatto di queste regioni che sono ricche di una rete venosa la quale appartiene al genere del così detto tessuto compressibile, ed in cui i linfatici abbondano, facilmente ingigantisce e riversa nel torrente circolatorio materie settiche, ed avvelena l'organismo. Per vero, la difteria nasale suole avere una gravezza maggiore di quella che ha sede nelle fauci, cosa che era stata intravista dal Trousseau, e noi abbiamo vista confermata punto per punto, dietro una esperienza piuttosto lunga.

Da questo che vi ho esposto, io intendo conchiudere che tutte le volte nelle quali avrete ad osservare febbre alta e sintomi di corizza intensa, se ci ha ricorrenza epidemica, siete autorizzati ad aggravare i timori, ad esagerare le vostre induzioni cliniche e sospettare la difteria. È inutile dirvi che l'altezza della febbre è essa sola un criterio positivo per farvi credere ad una malattia infettiva, giacchè quand'anche una corizza possa associarsi a febbre elevata negl'individui di tenera età, la febbre in tali emergenze ha sempre il carattere efimero, e non dura che per l'intervallo di sole ventiquattr'ore, non già tre a quattro giorni, come suole nella difteria nasale.

Però se è vero che la forma può essere insidiosa e voi dovete essere oculatissimi, in altre circostanze si ha facilmente la comprova diagnostica, in quanto che ravviserete, grazie allo speculum nasale o con l'esame rinoscopico, un essudato che rappresenta l'estremo limite anteriore o posteriore, a seconda che vi è dato ravvisarlo nei meati, sul setto o come orlatura ai margini del velo-pendolo.

Quando l'essudato aumenta e la malattia si avvanza verso il secondo periodo, ci sono altri sintomi che noi abbiamo il dovere di studiare. Innanzi tutto *l'alterazione del timbro della voce*, per ragioni che voi facilmente intendete. La voce non può consonare nello spazio naso-faringeo, in quanto che esso è eclissato dalla presenza di un essudato che si moltiplica e resta nella località, sino a che speciali condizioni anatomiche non lo facciano distaccare, nel qual caso ciò succede sempre con leggiere forme emorragiche, donde epistassi, che avete l'obbligo di distinguere da quella che si verifica per grave intossicazione del sangue. Noi, per vero, abbiamo parlato di epistassi e di emorragie sotto-cutanee che nel caso di angina difterica sono l'indice della infezione; ora, in questa forma di difteria nasale l'epistassi ha minore importanza, perchè dinota che la superficie mucosa è venuta allo scoperto, e ci è rottura della rete capillare, cosa che non mette mai l'infermo in pericolo di vita. Anzi sin da ora posso dirvi che basta l'aspirazione di un liquido astringente per farla cessare. Ricordatevi questo, perchè alcune volte sarete chiamati in fretta dalle famiglie, e dovete dare una interpretazione giusta al fenomeno ed un compenso, che è facile, come vi ho detto, a trovare.



Certe fiate, quando le false membrane restano pendenti e vellicano la mucosa sottostante, vi ha una specie di *tosse* che ha una certa analogia con la cruppale, e conviene stare in guardia, giacchè da quello che vi dirò della difficoltà respirazione, la scena sintomatologica guadagna sempre più analogia con quella del crup; ma la voce, nella sua intensità non è cangiata; ma la tosse non è insistente come nella forma cruppale e si spiega bene con l'esame diretto che vi lascia vedere la cagione che la produce, cioè false membrane pendenti, distaccate, prossime a cadere, nella volta naso-faringea.

*Dispnea.* — Noi, se la fortuna ci arriderà, avremo agio di studiare forme dispnoiche svariatissime per effetto d'inceppo alla respirazione nasale. Noi avremo agio di studiare riniti croniche ipertrofiche con atresia che procurano agl'infermi una difficoltà tale di respirazione, che voi a primo istante sareste chiamati alla esplorazione di altri organi interessanti. La osservazione giornaliera ci ha fatto sapere che ci sono forme asmatiche in nesso evidente di polipi nasali. Io posseggo una osservazione interessantissima che comprova questo possibile, cioè mixomi delle cavità nasali che sostenevano un asma ribelle a tutt'i trattamenti, e che poi è ceduto dopo la estirpazione di questi tumori; comprova solenne che erano questi la causa dell'asma; comprova solenne che le vie nasali rappresentano nella meccanica respiratoria una parte interessante, quel punto eccito-motore, stimolato il quale può accadere per via riflessa una forma di contrattura dei muscoli respiratorii tale, da provocare la scena asmatica.

Ora, senza dirvi che è ovvio vedere quanta parte le vie nasali abbiano nella respirazione; senza ripetervi che nelle condizioni normali noi respiriamo più pel naso che per la bocca; che basta tener otturate pochi minuti le narici per convincersi di quanta difficoltà ne avvenga alla libera respirazione; io aggiungerò che dato un ingorgo considerevole dei tessuti, un infiltrato flogistico abbondante che sopraggiunge alla preesistente tumefazione della mucosa ed impedisce il passaggio dell'aria attraverso le narici, è facile intendere che, in ispecie quando si tratta di bambini nei quali le vie nasali sono poco sviluppate, si debba provar grave difficoltà per respirare, ed aversi perfino l'accenno di una cianosi che vi trarrebbe in inganno sopra una localizzazione laringea, come la tosse della quale abbiamo parlato.

Riguardo a sintomatologia della difteria nasale, noi possiamo dunque conchiudere questo: — Primo: che la forma è per lo più insidiosa, e quest'insidia nasce dalla topografia, dalla struttura delle vie nasali, in quanto l'essudato trova spazio sufficientissimo a svolgersi, ma non si lascia ravvisare se non quando ha varcato certi limiti che sono accessibili al medico. Comprendo che un diligente esame rinoscopico ci tirerebbe fuori



dall'inganno, ma nei bambini son risaputi gli ostacoli a codesta ispezione.— Secondo: scena sintomatologica che si modifica a seconda della sede; e poichè le vie nasali servono al passaggio dell'aria, noi intendiamo come quante volte sono ostruite, debbano succedere gravi ostacoli alla respirazione. Modificazione nel timbro della voce, e poi possibilità di tosse per lo stimolo che le false membrane pendenti esercitano sulla mucosa faringea; facilità di epistassi che debbono avere un valore differente da quello che hanno quelle emorragie nasali le quali sono l'indice della infezione.

Vi ho enumerate le difficoltà che circondano la diagnosi di una difteria nasale; ora voglio dirvi qualche altra cosa, acciò non abbiate a commettere un errore contrario, cioè una esagerazione, credendo alla diffusione, mentre non si tratta se non di fenomeni di edema collaterale. Mi spiego: certe volte la forma di angina difterica che prevale è l'infiammatoria, cioè al di sotto dell'essudato la mucosa è gonfia enormemente; e certe fiata si arriva sino alla suppurazione. Supponete che l'essudato partisse dalle tonsille e dal velo, e tendesse ad estendersi verso il cavo naso-faringeo; è naturale comprendere che il setto delle coane e la superficie posteriore del velo debbono risentirne, cioè la mucosa di quelle parti dovrà gonfiarsi.

Per la cresciuta difficoltà nella respirazione nasale, per lo scolo dalle narici, voi aggravate il vostro pronostico, perchè credete che la difteria si estenda verso le fosse nasali. Sarebbe questa una esagerazione, e voi dovete distinguere quelli che sono fenomeni collaterali, dalla vera ripetizione di processo o dallo insorgere primitivo della difteria nelle vie nasali. Ma vi ripeterò sempre che in tempi di epidemie, con febbre alta e sintomi di corizza, voi dovete ritornare sovente presso quest'infermi, e piuttosto che pronunziarvi per un semplice catarro nasale, mantenere in sospenso il vostro giudizio.

Vi ho giustificato perchè la forma della difteria nasale merita un **pronostico** più grave dalla forma ordinaria, appunto perchè è più facile la reinfezione in vista del tessuto citogene e venoso che si trova in quella sede. L'esperienza, di fatti, ci mostra la gravità di questa forma; le statistiche ci provano che d'infermi di difteria nasale noi ne guariamo meno di quelli affetti da semplice forma anginosa, tanto più, quando si tratta della forma secondaria che è compagna della scarlattina.

La cura di questa forma non riceve che poche modificazioni. Le indicazioni su cui dobbiamo fondarla, rimangono le stesse; solo è necessario tener presente che la medicazione locale dev' estendersi anche a quelle parti che sono sede del male. Il nefogeno, il quale manda una generosa nebbia di acido fenico, è tanto più interessante qui, in quanto che rendendo leggermente umida l'atmosfera della camera, facilita il



distacco delle false membrane. Ma voi mi avrete già preceduto nell'uso delle siringhe intra-nasali che debbono facilitare il distacco delle false membrane, e mettere a contatto della mucosa e dell'essudato un liquido disinfettante.

A questo proposito voglio dirvi che agli antisettici più in voga, io preferisco la resorcina, in soluzione dell'uno per cento; e dico preferibile la resorcina, in quanto che non ha quel cattivo odore dell'acido fenico, e raggiunge una tolleranza perfetta della mucosa su cui si agisce. Ricordando la delicatezza di questa mucosa del naso e della cavità nasofaringea, la ricchezza della rete capillare, aggiusterete tanto più fede a quello che io vi dico sulla preferenza della resorcina, senza tener conto che il cattivo odore dell'alito e la secrezione fetida facilmente si modificano sotto l'uso ripetuto di detta soluzione. La quale però dev'essere tepida, sia perchè si tratta di agire sopra una mucosa che mal tollerebbe una temperatura bassa, sia perchè il caldo è ottimo mezzo per facilitare il distacco delle false membrane. Debbo inoltre notare che i bambini i quali sulle prime sono ribelli a questa medicatura, finiscono per affezionarvisi tanto, da chiedere essi stessi la siringa. È un fatto, della verità del quale potrete presto convincervi voi stessi. Accadrà sempre che dopo diverse iniezioni si distacca qualche lembo di falsa membrana, e quando procederete avanti in questo sgombero, il coma, che in tal circostanza si ha con una certa costanza, cede il posto alla vivacità del piccolo infermo, che siede in mezzo al letto, che ha voce meno nasale, che si mostra rifatto sotto questa medicazione semplice ed efficace. La iniezione dev'essere eseguita con garbo, nel senso che dovete coprire il becco d'osso delle ordinarie siringhe con un poco di tela o con un piccolo cilindro di caoutchouc. Breve: dovete stimolare meno che sia possibile questa mucosa tanto vigile, giacchè per la cresciuta vascolarità essa è più soggetta alle emorragie, e le famiglie ve ne vorrebbero, se dopo ripetute manovre vedessero ripetersi la epistassi. La medicazione interna rimane la stessa, invariata. Dite altrettanto dei diretti toccamenti sull'istmo delle fauci, se ne è il caso. Io non vi parlo di pennellazioni dirette, perchè comprendo che, se l'osservazione è difficile, più difficile dev'essere la pratica attuazione di certi rimedii. Dovreste con una sonda curva arrivare nello spazio naso-faringeo; dovreste con un piccolo pennello introdotto nelle narici arrivare sino alle false membrane, e vellichereste tanto la superficie mucosa, da procurarvi inaspettatamente una refrattarietà da parte dei bambini.

Qualche cosa ora sulla così detta **difteria secondaria**.—Quando la difteria sopravviene ad una malattia già preesistente, piglia il nome di secondaria. Voi sapete quali sono le malattie alle quali volentieri sopravviene la difteria: cito principalmente la scarlattina, il morbillo, il vaiuo-



lo, la febbre tifoide, le affezioni toraciche, e qualche volta, come ho osservato, la metrite puerperale. Completiamo questo studio con poche nozioni generali riferibili a qualunque sia la forma di difteria secondaria, e poi vi dirò qualche dettaglio che riguarda le principali malattie per cui ha predilezione la difteria.

Primo. — Un carattere costante e comune a tutte queste forme è che la difteria sopravviene sempre a decorso inoltrato, cioè quando la malattia, a cui essa si aggiunge, era già avanzata, più o meno a seconda del processo, così come vi dirò quando richiamerò la vostra attenzione sui punti principali. Secondo. — Appunto perchè sopraggiunge in questo periodo tardivo, la difteria si manifesta mentre i fenomeni generali tacciono; e questo è triste segno, e vi deve menare ad un pronostico riservatissimo perchè dinota che la difteria attecchisce su di un organismo, nel quale i poteri fisiologici languiscono. Terzo. — Lo stato della mucosa sottostante, che nella forma primaria abbiamo visto perfino lodevole, è gravemente compromesso, e si arriva alla necrosi dei tessuti. In qualche ospedale di Londra ci sono esempi classici di difteria secondaria, uno dei quali riguarda la difteria laringea che aveva necrosata una intera cartilagine aritenoide. Quarto. — La morte ha luogo sempre in mezzo a sintomi di collasso e di adinamia, se non per emorragia. Quinto. — La difteria secondaria presceglie come sedi le medesime predilette del processo iniziale; se si tratta di scarlattina, avrete a preferenza difteria faringo-nasale; se si tratta di morbillo, a preferenza difteria laringea. In generale, nella tubercolosi, nella bronchite ed altre affezioni toraciche, nell'orticaria, la difteria non ha caratteri differenti da quelli che sappiamo, nè reclama compensi differenti da quelli di cui ci siamo occupati. Richiamo solo la vostra attenzione sopra la scarlattina maligna secondaria, sul morbillo e sul vaiuolo, nelle quali affezioni anche Home avea richiamata la sua.

*Scarlattina maligna.* — Verso il nono giorno, la faringe e la cavità nasofaringea si mostrano il bersaglio di un essudato, al di sotto del quale la mucosa è gravemente ammalata, ma la laringe è quasi sempre rispettata; dico quasi sempre, giacchè le eccezioni alla regola non mancano mai in patologia; dico quasi sempre, perchè ho osservato a decorso inoltrato della scarlattina una grave laringo-stenosi che dipendeva da una laringite flemmonosa, senza che ci fossero essudati difterici, forma che dev'essere ritenuta interamente diversa da quella che ci occupa. Certe volte anche l'esofago partecipa al processo. È utile ricordarsi che verso la medesima epoca, possono manifestarsi i così detti bubboni scarlattinosi, che sono infiammazioni intense dei linfatici latero-cervicali, accompagnate da suppurazione, la quale rapidamente aumenta, ed in cinque o sei giorni vi lascia vedere un ascesso di colossale dimensione. In questa forma maligna, possono succedere gravi emorragie per erosione



dei vasi, ed è inutile dirvi come accada; bastando tener presente semplicemente il fatto.

Che succede invece nel decorso ordinario del *morbillo*? Una localizzazione di fenomeni catarrali nella laringe, o meglio una predilezione spiccata per quest'organo. Quando ci occuperemo delle forme laringee secondarie delle malattie infettive, vi dirò che nel morbillo non si tratta sempre di una semplice laringite catarrale. Ma a proposito della difteria secondaria del morbillo, noi constatiamo la predilezione per la laringe, e quindi fenomeni di laringo-stenosi, senza negare una possibile estensione verso le parti alte, eccezione che rappresenta nel morbillo quello che la localizzazione laringea rappresentava nella scarlattina.

A decorso più inoltrato, nella *febbre tifoide*, potete avere la localizzazione laringea: or poichè queste forme colpiscono a preferenza gli adulti; poichè nella tifoide ci ha sempre una diminuzione della eccitabilità della midolla allungata, le dette localizzazioni possono sfuggire alla clinica, e rivelarsi al tavolo anatomico; ragione di più per stare in guardia ed esagerare il valore di certi sintomi, che alla chetichella potrebbero esprimere la presenza dell'essudato membraniforme nella laringe.

Riguardo al *vaiuolo*, debbo dirvi che la forma difterica deve distinguersi dall'eruzione pustolosa che vediamo per effetto del vaiuolo medesimo. Il Rühle, che ha fatto numerose autopsie, ci avvisa anch'egli di stare all'erta, in quanto che scoppiate le pustole, l'essudato può disporsi sotto forma di falsa membrana e trarci in inganno. Comprendete dunque quanto sia importante l'esplorazione laringoscopica e quanto importi tener presente la possibilità di una difteria laringea per non sbagliare la diagnosi.

Vi ho preannunziato che la cura in tutte queste circostanze non subiva modificazione di sorta; ora debbo aggiungere che perfino la tracheotomia, la quale sarebbe indicata nei casi estremi, non ha dato che risultanze scoraggianti. Voi dunque potete ritenere la difteria secondaria, qualunque sia la sede che prescelga e le condizioni nella quale si verifica, di carattere, sempre, ed oltremodo grave.

Nuovamente vi chiedo scuse, o Signori, se mi sono troppo fermato su certi dettagli, e soprattutto se il numero delle conferenze intorno alla difteria ha ecceduto quello stesso che io avevo fissato. Son certo però che quando entrerete nel pieno esercizio delle vostre funzioni, voi ricorderete di molte cose che vi ho narrate. Solo così, e soltanto allora, io potrò avervi giustificata codesta mia determinazione.



## LEZIONE VENTUNESIMA

### Ozena.

#### I.

#### Storia, Teorie, Opinione nostra.

**Sommario.**—Storia del morbo, e suoi periodi. Opinione del Zaufall, di Gottstein, Michel e Rouge. Critica di queste teorie — Osservazioni chimico-microscopiche (Arena, Massei). Corollarii che se ne possono trarre — Altre ipotesi di Ziem, Hedenus — Teoria parassitaria e sue ragioni.

SIGNORI,

Cedo volentieri alle vostre insistenze, e comincio un trattatello sull'ozena. Dico d'imprendere con compiacimento questo studio, perchè so che le osservazioni fatte al dispensario non sono scarse: la forma clinica; il modo onde l'ozena si differenzia da altre malattie; la prevalenza dell'età e del temperamento; il trattamento che giudichiamo più efficace, sono tutte cose a voi note. Ritornarvi ora sopra, sotto forma didattica, importa concretare bene il giudizio che dobbiamo formarci di questa terribile infermità; importa scorrere rapidamente la storia di questa ribelle malattia; importa fissare la nostra attenzione sulle armi con le quali dobbiamo combatterla.

Dal punto di vista storico, che pur sarebbe tanto vasto da reclamarci tempo infinito, noi possiamo distinguere tre diversi periodi: uno antichissimo, nel quale l'ozena figurava come sintoma di processi morbosi svariatiissimi, e se non bastava l'enumerazione dei processi patologici, si ricorreva alle cause, donde un ozena *traumatico*, un ozena *erpetico*, un ozena *scrofoloso*, *sifilitico*, *osseo*; denominazioni che chiaramente dimostrano le incertezze nelle quali vagavano i nostri buoni padri. Il fenomeno culminante era il cattivo odore; bastava riconoscere questo, per dare il battesimo alla malattia; e forse una osservazione meno superficiale arrivar doveva a dare un aggiuntivo alla forma clinica già riconosciuta e chiamata col nome di ozena.

Il secondo periodo è rappresentato dagli sforzi che i pratici facevano



per trovare una lesione costante la quale potesse render conto dei fenomeni, e l'ulcerazione parve il capro espiatorio. Col processo ulcerante si poteva spiegare la diversa intensità della malattia, le alterazioni ora superficiali, ora profonde; e difatti si ammise un ozena *superficiale*, quando l'ulcerazione restava limitata ai tessuti molli; un ozena *profondo*, quando invadendo lo scheletro sottostante, erano le ossa che venivano a compromettersi.

Il terzo periodo, moderno, che trova il suo riscontro in molte altre infermità nelle quali il naturalismo ha gettata tanta luce, si è proposto il lodevole scopo di ben caratterizzare la malattia; e, salvo certi dettagli che noi ancora ignoriamo, possiamo con buona coscienza dire che il concetto anatomo-patologico dell'ozena poggia sopra basi solide, o almeno sopra fondamenta le quali potranno bene servire alla costruzione di un ulteriore edificio.

Nel sintetizzarvi così i periodi storici, voi indovinate che lo scopo principale, cui miro, è quello di economizzare tempo e risparmiare citazioni. Se, come vi ho detto, io volessi enumerarvi le diverse opinioni, le teorie, le osservazioni fatte sin da tempi remotissimi, io non solo dovrei rubarvi molto tempo, ma finirei per tradire la principale missione che ho assunta, quella cioè di delinearvi con contorni precisi il concetto della malattia; cosa alla quale mi lusingo di poter arrivare in breve tempo e con la massima chiarezza.

Da questi tre periodi storici noi vediamo che l'ozena nel primo, si poteva dire che rappresentava un *popolo*, nel secondo una *famiglia*, nel terzo un *individuo*. La fisionomia del morbo oggi, dopo le osservazioni del Baginsky e del Fraenkel, ci è perfettamente delineata. Noi abbiamo dinanzi a noi un campo vastissimo che ci resta ad esplorare; ma abbiamo punti di partenza sicuri, dai quali non dobbiamo deviare, e che ci serviranno a fermare nell'animo nostro cosa davvero debba intendersi per ozena.

Vi ho detto che anticamente malattie diverse per natura, svolte nella medesima sede, si ritennero causa di un identico fenomeno, che la pratica elevò ad un posto autonomo; nel secondo periodo, si cercò riconoscere una forma morbosa univoca, l'ulcerazione; nel terzo, questo concetto fu interamente combattuto, e con Fraenkel e Baginsky fu riconosciuto che le lesioni anatomiche si riducevano a quelle di un semplice catarro; l'ozena non era sempre limitato alla mucosa nasale, ma poteva svilupparsi in altre limitrofe e congeneri, la mucosa della faringe, della laringe e della trachea.

Questo novello concetto, lanciato nell'orizzonte infinito della scienza, produsse una rivoluzione: noi non ci raccapezzammo più; e poichè da questi stessi autori si sosteneva la specificità del morbo, si ammetteva pure qualche cosa che nettamente lo separasse dal catarro volgare. Ci fu una serie non breve di clinici e di specialisti che cercarono trovare



la cagione intima che potesse assegnare al catarro la sua specificità. Cito le teorie più culminanti, e comincio da quella di Zaufall, il quale ritenendo che nell'ozena le note anatomiche fossero scarse e poche (quelle ordinarie del catarro), credette aver trovato il bandolo di questa intrigata matassa, studiando la disposizione e la forma dello scheletro del naso. Egli, colpito da un fatto che deve aver colpito anche noi, lo slargamento delle cavità nasali, elevò questa osservazione a teoria; e disse che per condizione congenita, ampliate le cavità nasali, ridotte a rudimentali le diverse parti che le compongono, avvizziti (mi si permetta la parola) i cornetti, specialmente l'inferiore, l'aria che nelle condizioni ordinarie passa attraverso queste vie, in uno spazio più ampio, con minore attrito contro le pareti, non vale a spazzare i prodotti della secrezione, i quali stagnano, si guastano, fermentano, imputridiscono, e ci rendono conto del cattivo odore. Gottstein carezza questa idea, ma ammette lo slargamento delle cavità nasali non più come fatto congenito, bensì come alterazione secondaria del catarro, cioè quella forma di catarro che noi chiamiamo rarefaciente, catarro secco rarefaciente dei tedeschi (*trockener rareficirender Catharr*). E allora ritornando alla seconda parte della teoria di Zaufall, che fa sua, sostiene che il cattivo odore debba dipendere dalla remora e dall'alterazione degli essudati. Vi ho detto, e batterò sempre su questo, che non potendo negare, dopo le osservazioni estese che ci procurò il rinoscopio, il catarro nella sua forma ipertrofica od atrofica, i clinici s'ingegnarono di trovare qualche particolare che rendesse conto di una scena sintomatologica culminante; e così Michel e Rouge dissero: catarro ci ha, in vero, sulla mucosa che riveste i turbinati, che tappezza le coane e la parte alta della faringe, ma la lesione più essenziale è nei seni e nelle cellule che tanto numerose e molteplici si trovano nello scheletro osseo che costituisce naso e fosse nasali. Il Michel ammette un catarro purulento della mucosa che riveste le cellule etmoidali e i seni sfenoidali; Rouge, che si è fatto antesignano di un metodo chirurgico energico, sostiene che vi partecipano i seni frontali, i seni sfenoidali ed i seni mascellari. Io non so come a qualcuno è saltato in mente di attribuire al Michel di Colonia una opinione che non è stata mai la sua, cioè quella della cosiddetta corizza caseosa che potesse essere base dell'ozena.

Mi sono data la pena di rovistare nei trattati e nelle monografie, e posso con tutta coscienza affermarvi che la corizza caseosa è stata illustrata dal Duplay per il primo. Sotto questo nome egli intende una forma di rinite che per lo più segue ad eresipela del volto, caratterizzata dall'accumulo e ritenzione di materia caseosa, simile alla sostanza che riscontriamo nelle cisti sebacee; un'affezione che si complica a deformità del volto; un'affezione che io non ho mai vista, e sulla quale vi confesso di conservare dubbii grandissimi. Vi dico questo di volo, per-



chè noi non dobbiamo tradire la storia, che pure è uno dei dati tanto importanti, quando ci facciamo a tessere la patologia di una malattia.

Cosa ci ha di vero in queste teorie? Concedetemi che prima di arrivare al concetto ultimo, io faccia brevemente la critica di quelle. Possiamo noi cioè ritenere con Zaufall e con Gottstein l'alterazione congenita, la quale ha per ultimo effetto il ristagno e la decomposizione degli esudati? No, o Signori: prima di tutto perchè ci sono individui i quali hanno le cavità nasali naturalmente molto larghe, e non presentano ozena. Notate che con la teoria di Zaufall non ci ha esitanza; ammesso il fatto, ammesso lo slargamento delle cavità, l'aria non può detergere le mucosità che vi si trovano, e l'effetto dovrebb'essere immancabile. In secondo luogo, noi certe volte, in individui nei quali constatiamo questo slargamento, riusciamo vittoriosi; cioè la condizione anatomica culminantissima resta la medesima, e agendo per altre vie riusciamo allo scopo di guarire.

Quello che io dico per combattere la teoria del Zaufall, si può perfettamente applicare all'altra di Gottstein, con la differenza però che l'atrofia della mucosa e delle glandole è un fatto innegabile, che noi riscontreremo verissimo nel secondo periodo; ma se riflettiamo che l'ozena si manifesta anche quando ci ha ipertrofia e stenosi di quelle vie, che il cattivo odore il quale promana da muco decomposto è tutt'altro, dovremo sempre pensare ad un altro fatto il quale possa spiegarci come il catarro della mucosa dei seni frontali, mascellari e sfenoidali, delle cellule etmoidali, di una mucosa, in una parola, che seguendo questi andirivieni diventa estesissima e s'incarica di riscaldare e detergere l'aria atmosferica che noi inspiriamo, diventi tanto insopportabile e grave, tanto molesto e renitente. Questa mucosa, che s'introflette e si dispone sulle normali sporgenze delle vie nasali, è così scarsa di glandole, che un processo infiammatorio intenso, cronico, il quale la prescelga, è appena comprensibile; e quando vi è veramente infiammazione suppurativa della mucosa che riveste i seni, specialmente del mascellare, noi abbiamo un secreto liquido, una esalazione fetida, di carattere diverso da quello dell'ozena, e intermittenze del fenomeno dovute alla facilità o alla difficoltà con cui il pus raccolto si vuota. Voi che avrete certamente letto e studiato il Trousseau, ricorderete di una classica osservazione: un individuo cioè, il quale entrato nel gabinetto di questo eminente clinico, non dava nessun segno della grave malattia da cui si diceva affetto. Osservazione che il Trousseau cita per farci stare all'erta nel pronunziarci, perchè l'osservazione obbiettiva, e anche le impressioni subbiettive, possono mancare nei primi tempi. L'infermo disse che per produrre il fetore bastava inclinare la testa, e invitato a fare questo movimento, ei raccolse in un moccichino una quantità enorme di liquido che appestò l'aria del gabinetto. Ora io vi domando, come ho fatto quando tempo addietro detti a stampa poche lezioni sul-



l'ozena, se questa scena morbosa vi ricorda quella dell'ozena quale l'abbiamo tante volte osservata? E tanto più richiamo la vostra attenzione, giacchè col carattere clinico che io dò a queste conferenze, mi piace trarre profitto da tutto; onde vo'richiamare la vostra attenzione su questo curioso fenomeno, che vi servirà a diagnosticare, come ho fatto io non più tardi di ieri, una malattia dei seni mascellari che è importante, e che è caratterizzata dal grande accumulo di un liquido mucoso che vien fuori, quando l'infermo abbassa la testa. Basta ricordare la disposizione del foro col quale si apre il seno mascellare, per renderci conto del fatto.

Voglio concludere da questa breve digressione che l'inflammazione suppurativa dei seni, rara per ragioni anatomiche, è un fatto che non può essere ravvicinato, per la scena sintomatologica, all'ozena, e non può valere come tipo dell'alterazione che deve servire di sostrato al concetto patogenico.

Ho detto che si ritenne l'ozena un catarro, nella prima fase ipertrofico, nella seconda atrofico: un catarro nel quale il reperto anatomico dello stato dei tessuti, così come la rinoscopia ce lo fa scoprire, e l'esame microscopico dei prodotti, sono completamente negativi. Quando vi discorrerò dei sintomi, vi esporrò poche cose relativamente allo stato della mucosa che esploriamo.

Riguardo all'esame **microscopico** dei prodotti di secrezione, basterà una breve citazione per convincervi che noi restiamo all'oscuro come prima. Difatti, non solo valenti micrografi non ci han detto cosa di positivo, ma il Prof. Arena, che è un distinto chimico e col quale abbiamo iniziato una serie di studii sull'ozena, mi faceva sapere che non si rinvenivano al microscopio se non residui di detriti, cellule epiteliali alterate, cristalli di tirosina e certe volte spore di lepthotrix. Il Professore Arena conservò le masse nella glicerina, e trovò muco-pus con qualche massa di detrito colorito in giallo, non rinvenne spore di lepthotrix, ma credette trovarne la ragione nel mezzo nel quale queste masse erano state serbate. Però questo residuo, dopo la evaporazione dell'etere, al microscopio non ha rivelata nessuna forma cristallina. Come vedete, restava insoluto dinnanzi a noi un problema importantissimo: noi non potevamo disconoscere le note anatomiche comuni, volgari del catarro. Ma il catarro non basta a spiegare la scena fenomenologica; non vi pare che il rivolgersi alla **chimica** per istudiare due importanti quesiti, cioè dove si contenesse la materia peccante; che cosa fosse questa materia, avrebbe potuto illuminarci molto sul **concetto patogenico**? Ebbene io ebbi il merito di pensare a questo; ma non fui fortunato nei responsi che ne ottenni. E però, se debbo confessarvi questo insuccesso, mi piace richiamare la vostra attenzione su tal punto, giacchè esso mi sembra che debba proprio rappresentare l'ultima stazione che deve menarci alla conoscenza del vero.



E poichè so che tra voi ci sono giovani valenti in micrografia ed esper-  
tissimi di cose chimiche, io non mi stancherò mai di fare questa racco-  
mandazione, cioè continuare questi studii nella via che ho tracciata, per-  
chè se un giorno potrete arrivare a risolvere *uno* almeno di questi *due*  
quesiti, voi avrete reso alla scienza ed all'umanità un servizio grandis-  
simo. S'intende bene che là ove la chimica ci avesse fatto riconoscere  
una speciale sostanza, noi avremmo potuto da questo capo rimontare a  
qualche altra cosa, fondare le nostre ipotesi sopra un terreno più solido;  
in quanto che se avessimo scoperta una sostanza grassa o volatile, noi  
avremmo potuto, studiando a tavolino, ricordando bene anatomia e fisio-  
logia e le possibili alterazioni e metamorfosi che hanno luogo nei tessuti,  
arrivare a comprendere come si sviluppasse questo prodotto. Ma la chimica  
finora non ha soddisfatto i nostri desiderii, e resta a voi affidato questo  
compito, che spero possa coprirvi di gloria e di onori. Ora io vi riferirò  
le osservazioni che abbiamo fatto e i corollarii che ne abbiamo tirato.

1) Il Prof. Arena cominciò dal far passare l'aria espirata dal naso  
di varii individui affetti da ozena tipico, attraverso una soluzione di per-  
manganato di potassa titolata all'uno per mille, per parecchi minuti, ed  
ha visto che questa sostanza, la quale è sensibilissima per le reazioni dei  
prodotti organici, non si è punto alterata; il che significa che nessuna  
sostanza organica in qualità di prodotto fermentativo vien trasportata  
dall'aria, nè questa sostanza, a cui si deve l'odore, è di natura orga-  
nica volatile.

2) Facendo gorgogliare la stessa aria nella tintura blù di tornasole,  
si ha un'alterazione del colorito in rosso vinoso; ma voi comprendete  
che su questa esperienza conveniva essere oculatissimi; la trasformazione  
del colorito poteva dipendere dall'acido carbonico contenuto nell'aria  
espirata. Ebbene il Prof. Arena ha avuto l'accortezza di premunirsi contro  
questo errore, e ci ha fatto sapere che non è solo acido carbonico che  
induce questa trasformazione, giacchè per comparazione, col solo riscal-  
damento le diverse tinture arrossate, anche da individui sani, ripigliano  
il loro colorito blù. Dunque non vi è nessun principio volatile di na-  
tura acida o basica, perchè la tintura resta inalterata, dopo che lunga-  
mente si è fatta attraversare dall'aria.

3) Si sono prese e riposte le masse del secreto nell'etere etilico, si  
è fatto evaporare il miscuglio, e dopo si è ottenuto un piccolo residuo  
senza forma cristallina e di natura dei grassi; ma non si è avuto nessun  
odore che ricordasse quello dell'ozena. Dunque le sostanze grasse, in  
gran parte, non contengono un principio che dia il cattivo odore.

Nè le indagini microscopiche, nè le chimiche ci mettono in via. Allora  
insieme al Prof. Arena mi sono creduto autorizzato a trarre le seguenti  
conclusioni:



1) Non è il prodotto della secrezione la causa primitiva del cattivo odore, perchè questo persiste anche mancando quello, e perchè il prodotto solido ottenuto dall'evaporazione dell'etere non ha odore speciale.

2) Non è pus quello che emana cattivo odore, giacchè mancano prodotti ammoniacali e ammoniaca. E questo secondo corollario dà il crollo alla teoria di Michel e Rouge che sostenevano la flogosi suppurativa, perchè nella decomposizione del pus certamente avremmo dovuto trovare prodotti ammoniacali.

3) Malgrado la negatività di questi primi esperimenti, non si può riconoscere che resta ancora affidato alla chimica il grave problema; e le ricerche debbono essere fatte a preferenza nell'indirizzo quantitativo, per sapere cioè se fra le sostanze conosciute delle masse che rappresentano i prodotti dell'ozena, ovvero tra i prodotti di secrezione, ci sia il principio speciale a cui si assegna il cattivo odore.

4) L'odore *sui generis* probabilmente dipende da qualche speciale trasformazione dei prodotti di secrezione attraverso gli epiteli. Abbiamo visto che non erano i prodotti di secrezione cagione del cattivo odore; abbiamo saputo che l'aria non conteneva sostanze organiche; la teoria formulata col Prof. Arena diventa quindi una necessaria e logica conseguenza, in quanto che la più plausibile delle ipotesi che possa emettersi, è che ci sia una sostanza volatile allo stato nascente che produca questo cattivo odore, attraversando gli epiteli della mucosa che già sono alterati.

Abbiamo perciò opinione che il fenomeno sia dovuto unicamente ad un processo chimico che si svolge per i prodotti di secrezione della mucosa attraverso gli epiteli, onde formasi un principio che è capace di solidificare il muco. Ma quante volte non abbiamo noi visto che i prodotti della secrezione dell'ozena somigliano alla pomice? Aridi, densi, stratificati? Questo appunto ci guida a distinguere l'ozena dal catarro cronico. Or bene la sostanza volatile, allo stato nascente, che si forma nel momento in cui passa attraverso gli epiteli, avrebbe la proprietà di coagulare gli essudati, disponendoli a strati sugli andirivieni della mucosa. Forse le stesse sostanze grasse che sono prodotti innormali di quelle masse solide, rappresentano l'ultimo prodotto di trasformazione.

Il non aver trovato l'elemento, la sostanza che è causa dell'odore speciale, non deve però dissuaderci che il problema resti di pura pertinenza della chimica; in quanto che è risaputo che molte sostanze volatili ed eminentemente odorose (poniamo il muschio), non si lasciano ravvisare alla chimica nell'atmosfera che pure è pregna di sottili molecole le quali ricordano perfettamente la sostanza da cui emanano.

Ebbene, o Signori, dopo quello che vi ho riferito, a me non resta che compendiare brevemente il **concetto patogenico** della malattia. Per via eliminativa siamo arrivati a sapere che le lesioni anatomiche non hanno nulla di



speciale; che la chimica non ci ha ancora fatto porre il dito sulla materia peccante, causa il cattivo odore, ma dobbiamo necessariamente ammettere una forma di esalazione; e su questo mi fermo alquanto.

Ziem pensò ad un fermento. Hedenus, quando non trovava croste nei nasi d'individui che pure avevano il fenomeno ozena, creava una sotto-classe, che denominò ozena da *esalazione fetida*. E per analogia d'induzione si disse: come vi ha individui nei quali il sudore e certe secrezioni sono di odore ripugnantissimo, così possiamo ritenere per l'ozena una condizione speciale di chimica dei tessuti.

Riguardo a questa teorica, che pare abbia molti punti di analogia con quella che io ho formulata, vi fo riflettere che l'esalazione dev'essere invocata come fenomeno costante della malattia, non come un possibile; l'assenza del secreto comprova sempre più la possibilità di questa sostanza volatile allo stato nascente. Non possiamo invocare un'alterazione puramente accidentale, come per gl'individui che hanno secrezione fetida, giacchè le osservazioni di ozena sono numerosissime e costanti. La costanza è tale, da richiamare tutta la nostra attenzione sopra una lesione funzionale bene accertata. L'ozena da esalazione fetida quindi dovrebbe restare come una espressione *univoca* dell'ozena in genere, ma non come sotto-classe.

L'idea di Ziem, il quale intravedeva un particolare *fermento*, potrebbe avere nello stato attuale della scienza una lodevole traduzione; cioè noi potremmo individualizzare codesto fermento in un parassita, che, se non causa unica, sia uno dei fattori dell'esalazione fetida; cioè noi potremmo pensare ai microrganismi, e creare la teoria parassitaria, la quale io carezzai da un pezzo, e che abbraccio ancora per le ragioni che vado ad esporvi:

1) Quando voi vi fate ad osservare con diligenza lo stato della mucosa sottostante a questi prodotti, sarete colpiti da un limite netto tra il tessuto ammalato e il sano. Nelle infiammazioni comuni della mucosa, il rossore sfuma a gradi a gradi, si perde a poco a poco; e voi arrivate per una scala, al colorito rosa-pallido normale: nell'ozena, no. Come in certe malattie cutanee parassitarie, là dove termina l'azione morbigena, cede il rossore, e la mucosa, che è rosso-fosca, ritorna pallida nelle parti limitrofe. Queste osservazioni le ho fatte riguardo alla mucosa del naso, e più specialmente a quella della laringe, perchè sul colorito perlaceo delle corde vocali è più facile riconoscere il limite netto di separazione.

2) La malattia si diffonde in certe mucose le quali verosimilmente ci fanno pensare ad un contagio accaduto per aspirazione od auto-infezione. Quando noi vediamo la mucosa della laringe colpita a preferenza di quella dell'esofago, in individui che hanno ozena nasale, possiamo fondata-



mente sospettare che la continua aspirazione dei prodotti morbigeni debba renderci conto della diffusione del processo.

3) L'ozena certe volte migliora, altre guarisce, ed altre fiate recidiva; ma non vi ricorda questo fatto quello che accade in molte malattie parassitarie della pelle, nelle quali purchè resti una spora, un solo individuo che s'incarica del perennamento della specie, la malattia ripullula con la stessa fierezza?

4) La cura più efficace che possediamo contro l'ozena è la parassitocida: il calomelano, il jodoformio, la resorcina seggono signori tra gli altri.

5) Un fatto che declino con tutta riservatezza, ma del pari con tutta lealtà: ho visto, in più famiglie, affetti da ozena diversi membri; individui di costituzione diversa; uno robusto e l'altro linfatico; uno robusto, e l'altro scrofoloso; uno gracile, e l'altro tarchiato; individui nei quali non potevate più invocare la disposizione; il che mi ha fatto pensare ad un contagio, contagio lento, contagio poco accentuato, che non potrebbe reggere al paragone con quello che accade pel morbillo, il vajuolo, la difteria e per altre infezioni, ma che potrebbe, trovato il momento favorevole, trasmettere ad altri la stessa malattia.

So che contro la teoria da me intravista ci sono delle obbiezioni serie, per esempio la mancanza del parassita; ma se riflettete che anche moltissime infermità, le quali un tempo si son credute tutt'altro che parassitarie, oggi invece si riconobbero tali; se riflettete che, anche armati del microscopio, non possiamo sempre individualizzare e riconoscere le diverse specie di spore e di bacilli, non è improbabile che, proseguendo in questi studii, un giorno le lenti del microscopio non ci avessero a dar ragione. Qualunque sia però l'opinione che voi vogliate abbracciare, sia seducente o no quella che vi ho esposta, noi possiamo con sicurezza stabilire che l'ozena è una malattia autonoma, ben caratterizzata, nella quale non ci ha ulcerazione di sorta; una malattia, nella quale obbiettivamente non riconoscete altro se non le note del catarro; nella quale dobbiamo ammettere un *quid* specifico che sia cagione del cattivo odore; che si differenzia dagli altri processi patologici, i polipi, le ulcerazioni, i corpi estranei del naso e via dicendo; una malattia, infine, che può svilupparsi sulla faringe ed il tubo laringo-tracheale. Onde nello stato attuale della scienza, o noi dovremmo interamente cancellare la parola *ozena*, e designare tutti questi processi, capaci di portare odore fetido secondo la cagione anatomo-patologica che lo produce, col loro vero nome; oppure riservare questa denominazione per quella forma ben nota di catarro specifico, quella che ho cominciato ad illustrarvi, e che voi conoscete per lunga sequela di osservazioni.



## LEZIONE VENTIDUESIMA

### II.

#### Etiologia, Sintomi, Diagnosi, Prognosi.

**Sommario.** — Etiologia. Questo morbo tiene allo slargamento delle cavità nasali? (Zaufall). Tenesse, per avventura, alla loro ristrettezza? (Sauvage, Tillot). — Costituzione. Non si può ammettere nè un ozena da morbi comuni del naso (ulcerazioni, polipi, ecc.) nè una forma costituzionale (Trousseau). Età, sesso — L'ozena è morbo specifico — Sintomatologia. Sintomi comuni, e speciali — Ozena nasale — Odore sui generis. Esame rinoscopico: nel primo periodo, note di catarro ipertrofico, donde difficoltà di respiro; essudato caratteristico, talvolta vegetazioni adenoidi. Nel secondo periodo note di catarro atrofico. Gli essudati non sono condizioni *sine qua non*. Ci può esser diffusione alle vie lagrimali — Olfatto variamente modificato. Secrezioni aumentate. — Ozena faringeo, laringo-tracheale e disturbi connaturali — Diagnosi facile — Possono dare alito fetido, ma si differenziano agevolmente: certe ipertrofie tonsillari, alterazioni delle gengive, dei denti, delle guance, e dell'apparecchio bronco-pulmonare. Si deve differenziar pure dalla rinite purulenta e dall'infiammazione dei seni, specialmente del seno mascellare, e dalle vegetazioni adenoidi — Prognosi e criterii ai quali si deve informare.

SIGNORI,

La volta passata ho cercato sintetizzare il concetto dell'ozena; ora intendo completare lo studio patologico, col dirvi qualche cosa delle cause e della sintomatologia.

L'**etiologia** dell'ozena porta anch'essa un contributo al concetto anatomo-patologico da me esposto; e come per molti processi morbosì, questa enumerazione non servirà se non a convincerci del poco o niun valore di taluni momenti; onde rafforzerà in noi il convincimento che la cagione ultima, la cagione vera del cattivo odore, debba ripetersi da una alterazione chimica molecolare, che sventuratamente sfugge sinora alle nostre indagini. Per vero, voi ricorderete l'importanza che taluni hanno voluto dare alla conformazione del naso: Sauvage e Tillot, contrariamente all'opinione di Zaufall che ammetteva lo slargamento delle cavità nasali, sostennero che i nasi angusti, i così detti nasi *camusi*, quelli nei quali lo spazio delle cavità viene ad essere ristretto, fornivano terreno



avorevole allo sviluppo della malattia. È vero che certe volte noi, in individui affetti da ozena, riscontriamo appunto queste particolari forme del naso; ma ve ne sono altri nei quali, pur esistendo la medesima configurazione, l'ozena non esiste punto; e ci ha individui i quali soffrono di ozena, mentre hanno una forma perfetta del naso medesimo. La ristrettezza di queste vie produrrebbe ristagno degli essudati, decomposizione dei medesimi e fetore. Senza dire che quello il quale si verifica in casi di cronici catarri con ristagno degli essudati, è interamente diverso dall'altro dell'ozena, vi ricorderò che le analisi chimiche hanno scartata la presenza di ammoniaca e di prodotti ammoniacali, che avrebbero dovuto certamente esistere nel muco alterato e corrotto. Noi, quindi, dobbiamo dare pochissima importanza alla configurazione del naso, non solo per le osservazioni quotidiane, le quali mettono in antitesi evidente la causa con l'effetto, ma anche perchè certe volte vediamo individui con ampie cavità nasali o con cavità anguste, i quali non hanno affatto ozena, e perchè la condizione intima che lo sviluppa è così caratteristica, che non si può punto invocare per sostegno la decomposizione in loco degli essudati.

Il secondo punto interessantissimo, che ha contribuito non poco ad ingarbugliare questa intricata matassa, ed è servito di pretesto a divisioni e suddivisioni di forme cliniche immaginarie, è la *costituzione*. Si è voluto tanto esagerare questo criterio, da dire che l'ozena fosse l'espressione, una manifestazione della scrofola; e quindi lo si è chiamato *scrofulide* del naso. Io, che ho avuto agio di osservare moltissimi individui affetti da ozena, debbo confessare che la costituzione è, in verità, per lo più la scrofolosa. Ma parecchie volte non è possibile riscontrare quel tipo che dovrebbe rispondere alla scrofola; perchè ci troviamo innanzi ad individui nei quali ci ha assenza di altre manifestazioni scrofolose, e nei quali dovete contentarvi di attenuare il giudizio, parlando piuttosto di un temperamento linfatico.

Vi è di più. Io posso assicurarvi che ho visto qualche volta l'ozena in individui robusti; onde queste eccezioni, se non infermano la regola, debbono però valere moltissimo quando ci facciamo a preparare uno studio dal quale dovremmo avere per risultanza che, dato il momento etiological, l'effetto dovrebbe essere immancabile, identico; e questo non è. Dunque noi non possiamo negare che la costituzione scrofolosa metta una quota nell'alterazione chimica che costituisce il sintoma culminante della malattia che ci occupa; ma non possiamo dire che questa si sviluppi esclusivamente negl'individui scrofolosi, o, ciò che torna lo stesso, che la scrofola abbia una influenza assoluta nello sviluppo del morbo.

Mi preme, a questo punto, farvi osservare che la così detta *forma costituzionale dell'ozena*, chiamata così dal Trousseau, non è punto quella



che riconosce come sostrato la costituzione scrofolosa. Trousseau, che è quel gran clinico che voi tutti sapete, ha commesso a proposito dell'ozena un errore, nel quale sono caduti tutt' i pratici che lo hanno seguito, e che si sono fermati come lui, più che alle alterazioni anatomiche, al sintoma saliente con cui si rivela la malattia. Trousseau, come ha fatto per la tisi insieme al Belloc, cercava nel fenomeno *ozena* la *causa* che lo sostenesse; era quindi seguace della vecchia opinione, nella quale abbiamo visto figurare processi morbosi svariatissimi, i polipi, le ulcerazioni della mucosa, i corpi estranei, i catarri dei seni, e via discorrendo; e quando questo dotto medico non trovava più una lesione materiale apprezzabile, capace di spiegare l'ozena, denominava quella una forma *costituzionale*. Voi comprendete benissimo che questa forma costituzionale, la quale cioè non ammette sostrato di sorta, che resta così, sospesa in aria, è appunto l'ozena come noi lo riconosciamo attualmente; l'ozena, cioè, il quale si manifesta con pochissime alterazioni anatomiche, ma con gravi dissesti funzionali, l'ozena nel senso di Baginsky e Fraenkel; è quindi una denominazione che abbiamo il dovere di scartare, ma pur quello di conoscere, per renderci conto di quale forma avesse voluto parlare il Trousseau.

Io non mi fermerò più a lungo su certe altre diatesi che la scuola francese ancora evoca. Noi oggi, se conserviamo il peccato di voler essere troppo rigorosi anatomisti, abbiamo però il merito di non contentarci di una spiegazione superficiale, e di indagare addentro la ragione dei fatti. Oggi, chi si facesse a sostenere l'ozena sotto l'influenza della diatesi artritica od erpetica (nomi che nè la patologia, nè il microscopio ci han saputo raffigurare con limiti netti), mostrerebbe troppa buona fede o poco senno pratico. E, se è vero che in clinica dobbiamo accettare tutto quello che l'osservazione registra, noi non possiamo però continuare in quell'empirismo che è stato cagione di gravi errori, e che certe volte ci fa ancora rimproverare dal volgo colpe che non abbiamo; giacchè a me sembra che il moderno naturalismo abbia sempre il gran merito di aver ricondotto sulla retta via molti processi morbosi, e di aver fatto servire l'anatomia patologica come sostrato più solido nella conoscenza delle lesioni del corpo umano.

Altri hanno voluto invocare come causa dell'ozena il catarro comune che si perenna, che si rinnova, che induce alterazioni positive delle ghiandole e della mucosa; ma voi già sapete, e non mi stancherò mai dal ripetervelo, che l'ozena, se ha di comune col catarro volgare le note anatomiche, se ne discosta moltissimo per parecchi lati. La specificità di questa forma morbosa sta appunto nel carattere degli essudati e nell'odore esalato, che è specifico della malattia, che non si confonde punto con quei prodotti ammoniacali i quali provengono dalla decomposizione di



sostanze organiche. E però io non posso negare che l'osservazione scrupolosa fatta sopra uno stesso individuo, in epoche diverse, dimostra che in una prima fase della malattia non si osserva altro che le note di un catarro comune; è giusto domandarsi quindi se l'ozena non cominciasse come un catarro ordinario, il quale poi sotto speciali condizioni subisce una metamorfosi particolare che ne accentua la specificità.

Considerata la cosa da questo punto di vista, io dovrei perfettamente convenire con voi; non posso disconfessare la verità di queste osservazioni. Però in circostanze simili, non dobbiamo dire che sia il catarro, il quale perennato si sia trasformato in ozena. La patologia moderna è contraria a queste metamorfosi, ed è tutta favorevole ad ammettere per ciascuna malattia un carattere speciale. Ma potete benissimo sostenere che l'ozena abbia un primo periodo, il quale non è altro che il catarro volgare. Codesta nozione si traduce in un salutare precetto terapeutico, il quale deve consigliarci di intervenire a tempo, di curare qualunque lieve affezione delle vie nasali, appunto perchè quella che talora ci sta sotto gli occhi potrebbe essere la prima tappa di un processo che comincia a svolgersi; e quanto sia interessante intervenire a tempo, è cosa che voi perfettamente conoscete. Il sudiciume, abituale nelle famiglie povere, una igiene pessima, mancanza di aria e di luce, di nutrimento e di moto, invocate come cagioni predisponenti, figurano tanto in altri processi morbosi, che non si saprebbe accordar loro grande fiducia, se ne togli la triste influenza che esercitano sulla costituzione in genere, la quale, se decaduta e marantica, è terreno favorevole a sviluppare il morbo.

Vi è un altro ordine di *cause*, sulle quali basterà rivolgere un rapido sguardo; cause che potremmo dire *predisponenti*, cause cioè le quali, senza essere il sostrato della malattia, sono tanti coadiuvanti; esempio l'età ed il sesso. Fermiamoci un poco.

Ho sempre sostenuto che l'ozena fosse una malattia dell'adolescenza e degl'individui giovani. Con ciò non ho mai inteso escludere la vecchia età; ma cominciando da quella tenerissima, ho voluto registrare una tendenza spiccata che questa presenta alla malattia. Alcuni mesi fa il dottore Schmiegelow, assistente del professor Meyer di Copenaghen, ci ha onorato di una sua visita al dispensario, ed esperto com'è nello studio di queste malattie (l'ozena, mi giova il dirlo, si può dire equabilmente distribuito su tutta la superficie del globo), è stato singolarmente colpito dalla sua frequenza in individui giovani. Forse queste differenze nella prevalenza dell'età si possono conciliare con la posizione topografica delle diverse regioni del mondo; e come noi vediamo nel Nord di Europa più frequenti le vegetazioni adenoidi e certi cronici catarrri, specialmente in individui di giovane età, potremmo ammettere una certa protettività dell'ozena fino ad un dato periodo della vita.



Io ho voluto con ciò mostrarvi l'apparente contraddizione che ci ha relativamente al periodo della vita in cui suole svilupparsi l'ozena; ma qui, nelle nostre contrade, possiamo fermamente ritenere che gl'individui giovani sono quelli che danno all'ozena un contingente massimo. Relativamente al sesso, nulla io devo aggiungere; in questo senso che a me sembra che maschi e femmine vi paghino eguale tributo.

Sappiamo qual conto noi dobbiamo tenere della sifilide, dei traumi, dei polipi, dei corpi estranei e di tante altre alterazioni che un tempo furono in onore. Sono elementi che abbiamo perfettamente scartati; non mi stancherò mai dal ripetervi che il moltiplicare le forme, con un aggiuntivo che turba la precisione del concetto anatomico, è un errore volgare, dannoso alla scienza, perchè distrae la nostra mente dal fermarci sopra uno dei punti più essenziali, il modo cioè come si considera l'ozena. E però, avendovi discorso dell'importanza che potrebbero avere i parassiti, noi, là ove questi fossero rivelati dal microscopio, potremmo ritenarli come fattori veri ed essenziali della malattia, o almeno come elementi capaci di perennare l'alterazione chimica svolta in quei tessuti.

I sintomi dell'ozena si possono distinguere in comuni e speciali, obbiettivi e funzionali. Voi sapete che l'ozena attualmente bisogna ritenerlo non più limitato alla sola mucosa del naso, ma suscettibile di diffusione alla faringe ed alla laringe. Comprendete perciò che, mentre ci sono note invariabili della malattia, note fondamentali, gli altri segni debbono modificarsi a seconda della sede, non solo per ragioni anatomiche, ma per ragioni funzionali; e se il naso è parte dell'apparecchio respiratorio, ha però funzioni molteplici; la laringe stessa, che è lo sfintere di queste vie, ha ufficii svariati. Quindi s'indovina da sè che le lesioni funzionali debbono variare, come variano l'aspetto e le alterazioni, a misura che si attuano in queste diverse sedi.

Comincio dall'ozena *nasale*, che è la manifestazione più frequente e classica di questo processo morboso. Il primo, il più saliente fra i fenomeni, è l'odore cattivo; odore nauseoso, penetrante, intenso che si diffonde nell'atmosfera circumambiente agl'infermi, e che diminuisce d'intensità a misura che vi scostate da questo fomite; un odore che voi difficilmente potreste rassomigliare a qualche sostanza; un odore che basta aver inteso una volta per non dimenticare più; un odore che si differenzia positivamente da quello che emanano le sostanze organiche in putrefazione, specialmente il muco ed il pus, quando sono corrotti; un odore *sui generis* in una parola. Questo può valere come uno dei segni obbiettivi, se non decisivi, culminantissimi. Ecco perchè io, nell'esposizione dei sintomi, mi permetterò passare subito all'esame diretto, per dirvi quali sono tutte le alterazioni che il rinoscopio ci disvela. Queste alterazioni sono un poco differenti, a seconda che le consideriamo in una fase



precoce od in una tardiva. In principio, prevale la forma ipertrofica: quando vi fate ad esplorare le narici da avanti in dietro e anche da dietro in avanti con lo specchio rinoscopico, avrete l'agio di constatare un rossore abbastanza vivace della mucosa che tappezza tutte le vie nasali; anzi in certi punti la mucosa è sporgente, offre veri bernoccoli, delle rilevatezze, le quali limitano nei punti vicini altrettante depressioni. Spingendo lo sguardo nelle parti più alte e più lontane, voi siete colpiti dalla presenza di un essudato concreto, arido, di colorito bianco-grigio, alquanto tendente al verdastro, un essudato stratificato sulle parti più alte delle fosse nasali, la regione olfattoria, i cornetti superiori e medii, l'orifizio anteriore e posteriore delle coane; un essudato che ricorda all'aspetto la pomice, che non è più fluido come il mucoso o il mucopurulento, ma che tappezza gli andirivieni e si modella sulle anfrattuosità o su quelle sporgenze che avrete sempre a vedere abbastanza spiccate nel periodo ipertrofico. Certe volte, ed io ho il merito di avervi richiamato su l'attenzione, con l'esame rinoscopico *averso*, o *posteriore*, voi potete constatare vicino al setto delle coane, o intorno agli orifizii posteriori delle medesime, piccole vegetazioni adenoidi, che sono il risultato di una ipertrofia ed iperplasia del tessuto citogene, che noi sappiamo esistere abbondantemente in quelle parti. Se viceversa l'esplorazione si pratica nella seconda fase, in un periodo tardivo, a decorso inoltrato del male, voi sarete colpiti da un aspetto diverso, cioè da sintomi obbiettivi i quali depongono chiaramente in favore del catarro atrofico. La mucosa non è più rossa, ma scolorata, e là ove fisiologicamente è ridotta ad un sottilissimo strato, come sui cornetti, essa lascia trasparire le ossa sottostanti; anzi sembra che perfino le ossa, già normalmente ridotte a questo stato rudimentale nei cornetti, partecipino al processo d'involuzione; onde ritirandosi dalla linea mediana, la cavità appare enormemente larga, ed ha dato pretesto a Zaufall e Gottstein per formulare la nota teoria. Anche in questa circostanza gli essudati esistono, e conservano quel carattere che abbiamo loro assegnato, e guardano la stessa sede che già conosciamo.

Ma a me preme di aggiungere presto che l'essudato non è la condizione *sine qua non* per riconoscere e diagnosticare l'ozena; l'essudato può mancare, la mucosa trovarsi in uno stato ipertrofico od atrofico, e l'infermo essere vittima di quella fetida esalazione che ha dato il nome alla malattia. Dunque sarà mestieri ben ricordare che, come l'essudato non è la materia peccante, ma il *caput mortuum*, così esso non è la nota indispensabile dell'ozena, essendovi individui che non ne presentano traccia, e pur hanno quella triste prerogativa. Quando voi vi fate ad esplorare le due narici, come noi abbiamo il dovere, sarete sempre colpiti dalla prevalenza delle lesioni in uno dei lati: questo fatto ha suggerito a Zuckerkland l'ipotesi che l'ozena fosse sempre unilaterale.



In termini assoluti ciò non può valere, è un *tanto-quanto*, è una localizzazione più o meno spiccata, non già una limitazione di processo ad una sola narice. Quando il processo infiammatorio, che decorre di sua natura cronico, si perenna, noi possiamo avere estensione nella mucosa che riveste il canale nasale e il canale lagrimale; donde dacriocistite che abbiamo potuto notare spiccatissima, specialmente in un giovanetto che frequenta il nostro dispensario. Questo del resto non ha grande importanza; l'abbiamo visto succedere nella difteria delle vie nasali, lo vediamo quotidianamente nei catarri cronici, è possibile anche nell'ozena che è un catarro specifico.

I sintomi funzionali si possono facilmente ricostruire su questa tela che vi ho brevemente tracciata: Quando ci ha forma ipertrofica ed accumulo di essudati, il fenomeno che molesta l'infermo è la difficoltà della respirazione nasale. Nè è mestieri spendervi sopra molte parole; a misura che le vie nasali si liberano da questi prodotti, l'individuo respira meglio; è una difficoltà la quale subisce delle oscillazioni, subordinatamente all'accumulo od allo sgombero dei medesimi.

Quello che davvero molesta gl'infermi, e certe volte li preoccupa grandemente, è il fatto che essi stessi sono testimoni del cattivo odore che esalano, in quanto che l'avvertono in tutta la sua integrità. Io dovrò or ora ritornare sulle alterazioni funzionali relative all'olfatto; ma per momento mi preme farvi osservare che vi sono davvero infermi i quali avvertono essi medesimi l'odore cattivo tal quale lo emanano; mentre ve ne sono altri (e per buona ventura la maggior parte) che non comprendono perchè sono sfuggiti dai compagni e dagli amici. Come vi accennai, l'olfatto può, per effetto di ozena, subire notevoli modifiche; dico notevoli modifiche, giacchè siamo lontani dallo avere una costanza di fatti che deponga in favore della così detta *anosmia*. L'odorato può essere semplicemente ottuso, può essere abolito, può essere conservato. Coll'abolizione e l'ottundimento dell'olfatto sta in nesso un'alterazione nel senso del gusto, per ragioni che voi facilmente indovinate. Sapete di fatti quanta parte abbiano le molecole odorifere sulla sensazione gustativa; ricordate che una corizza ci rende insipide le vivande; sono insomma quei rapporti che avevamo imparato dalla fisiologia, e che la patologia non ha fatto che confermare.

Ho detto però che ci sono oscillazioni diverse nell'alterazione dell'olfatto, e mi preme abbozzarvene una sufficiente spiegazione. Noi sappiamo che, perchè l'olfazione abbia luogo, è necessario che le particelle odorifere arrivino in contatto delle terminazioni nervose, che appartengono al primo paio di nervi cranici. Sappiamo pure che una condizione necessaria a questa funzione, è un certo grado di umettazione della mucosa medesima, onde nei catarri secchi han luogo alterazioni simili a quelle che



succedono quando ci ha ipersecrezione. Che cosa si verifica nell'ozena? Un numero complesso di cause le quali di preferenza agiscono sul così detto *locus luteus*, cioè sulla regione olfattiva: strati cattivi conduttori, essudati che s'interpongono tra le molecole che debbono impressionare queste terminazioni nervose, e le terminazioni nervose stesse; aridità della mucosa, spiccatissima nel periodo atrofico; possibili alterazioni di rami terminali così superficialmente disposti, e quindi a misura che si verifica ora l'una, ora l'altra di queste condizioni, possiamo avere ottundimento, abolizione dell'olfatto. E, se ad onta del grave processo le condizioni per l'olfazione restano inalterate, non è difficile che l'individuo che tramanda odore cattivo possa avvertire i più perfetti e delicati. La secrezione, che si accumula e si moltiplica in quelle vie, costituisce uno dei fenomeni più molesti, per la necessità che l'infermo sente di forbirsi; e per l'aderenza dell'essudato si debbono fare sforzi molteplici a fine di liberarsene; così vedremo che un ottimo mezzo è la lavanda generosa fatta con sostanze che rendono più liquido l'essudato.

L'ozena può estendersi alla *faringe*, alla *laringe* ed alla *trachea*. Il fenomeno culminante, il cattivo odore, è lo stesso; ma l'aspetto delle parti si modifica, e si modificano taluni segni funzionali. Nella *faringe*, noi vediamo che questo essudato si concreta sotto forma di piccole croste che ricordano quelle dell'impetigine: sono croste verdastre, le quali poggiano sopra un fondo arido, asciutto, secco, rosso, quell'aspetto che ricorda la così detta faringite *secca*, la faringite *atrofica*, giacchè nelle glandole della mucosa con un decorso cronico accade atrofia, ed il fenomeno che molesta l'infermo è appunto l'aridità delle fauci, la difficoltà di poter inghiottire, inquantochè sapete quanto sia necessario che questa mucosa sia lubrificata da un secreto scorrevole, negli svariati movimenti a cui deve obbedire.

Nell'*ozena laringo-tracheale*, noi riscontriamo sulla mucosa le medesime alterazioni; ma l'essudato si addensa per lo più al di sotto delle corde vocali; queste formano un vero ostacolo alla sua uscita, e col loro ravvicinarsi rendono veramente difficile l'espuizione, giacchè stimolata la superficie inferiore reagiscono bruscamente; onde voi vedrete le masse raprese al di sotto, nello spazio sotto-glottico; donde una difficoltà di respiro, una forma asmatica, che ha analogia con quelle che si destano per talune condizioni croniche infiammatorie delle prime vie respiratorie. L'*ozena laringo-tracheale* è però una localizzazione rarissima; i casi sono appena enumerati ed illustrati, ed io potetti, or son due anni, presentarne uno nel mio corso privato, relativo ad una donna incinta che era presa da gravi accessi asmatici, specialmente la notte, ma che posteriormente sfuggì alle mie osservazioni.

Quando gli essudati si frappongono tra le corde vocali così da impe-



dirne il ravvicinamento, può succedere disturbo funzionale nella fonazione; raucedine od afonia che ha un carattere intermittente, perchè si corregge e si dilegua, quante volte i prodotti si distaccano; e poi l'esalazione cattiva, e poi all'esame laringoscopico quella netta demarcazione del tessuto infiammato, che ho fatta valere come criterio per sostenere la possibile origine parassitaria.

Riandando sui sintomi più culminanti, ricordando l'esame diretto di queste parti, la **diagnosi** dell'ozena si fa in un modo facilissimo; io son convinto, che voi, i quali avete con tanta attenzione seguito le mie medicature al dispensario, siete al caso di non equivocare la malattia, e di distinguere gli essudati dipendenti da flogosi croniche, da quelli dovuti all'ozena propriamente. Ho il dovere di prevenirvi, nondimeno, da certi possibili errori nei quali potreste cadere per superficialità di osservazione. Se volessi esporre in un quadro le cause diverse che sono cagione dell'alito fetido, dovrei usurparvi molto tempo; vi ricorderò invece che certe forme di ipertrofia tonsillare si accompagnano a profonde lacune, nelle quali facilmente si arrestano sostanze alimentari, o quella materia caseosa che proviene dai follicoli delle glandole medesime: fermentando in questi vacuoli residui alimentari o prodotti innormali di secrezione, diventano cagione di un odore pestifero, che certe volte è la desolazione delle famiglie. Io sono stato consultato parecchie volte per incomodi simili.

Non vi discorrerò del mezzo che voi dovete seguire in questi casi per curare il fenomeno molesto; mi piace richiamare la vostra attenzione sul fatto che, se staccate con la punta di un ordinario stiletto i prodotti, allontanate subito il cattivo odore. Altre volte è una condizione scorbutica delle gengive, uno stomacace, la causa del cattivo odore. Altre, denti guasti e corrotti, malamente impiantati, che perforano le gengive, o producono seni fistolosi, ulcerazioni della guancia, suppurazione degli alveoli o dei tessuti molli. Infine la sede del cattivo odore può essere più profonda, molto più grave, molto più interessante; quando cioè si tratta di serie lesioni dell'apparecchio pulmonare, specialmente la gangrena. A me basta richiamare principalmente la vostra attenzione su questi fatti per salvarvi dall'errore; perchè, supposto il caso di un ozena senza croste, di un ozena nel quale non abbiate agio di riscontrare essudati, l'imbarazzo in voi crescerebbe; ed allora in comprova del vostro asserto fate due esami: 1) completate l'ispezione degli organi che si trovano nel cavo orale (la gangrena pulmonare dà altri sintomi), ispezionate il cavo orale, e quante volte l'esame sarà negativo, avrete una ragione di più per sospettare che la malattia risiede nel naso: ispezionate pure la laringe, poichè i fenomeni funzionali rivelati dalla voce e dalla respirazione v'inviteranno a questa esplorazione. 2) Avvicinate



alle parti sospette un poco di carta bibula, e accostatela alle vostre narici; voi sentirete riprodotto perfettamente il cattivo odore, quando sarete capitati sul punto da cui emanava quello; e quando ciò non riesce nè per le tonsille, nè per le gengive, nè per i denti, introducendo questa carta nelle narici, voi ne avrete la controprova. Io so che l'odore nauseoso è caratteristico; ma fare la diagnosi di un morbo di grave pronostico, da un sol fenomeno, da un fenomeno il quale può subire modalità diverse, non è certo prudente; noi dobbiamo essere precisi ed esatti, anche nei casi nei quali l'esame diretto è negativo, nei casi in cui si tratta di un ozena *sine materia*, la così detta *rinite fetida*.

Per essere ancora più precisi nella diagnosi, dobbiamo tener presenti due altre condizioni: il catarro cronico purulento, e l'infiammazione dei seni. Nel catarro cronico purulento, la secrezione è più scorrevole, più abbondante, l'aspetto delle parti è altro, l'odore totalmente diverso. Io veggo con piacere che ora con una semplice ispezione delle parti, voi siete al caso di distinguere il catarro comune dall'ozena. Per le affezioni dei seni vi prego di stare molto in guardia, perchè certe volte l'esplorazione del naso è negativa, come quella delle tonsille e delle gengive, e il fenomeno è intermittente, onde solamente quando il secreto si vuota, si ha esalazione fetida. L'affezione che più trae in inganno è quella relativa ai seni mascellari; in queste circostanze interrogando bene l'infermo, voi saprete che vi è sempre nella regione zigomatica o nelle vicinanze una tensione molesta, un senso cupo di dolore o di peso; voi vedrete che quando l'infermo abbassa la testa, facilmente cola un liquido che è appunto muco-pus; voi sarete confortati nel ritenere questa localizzazione, quando ci ha assenza di tutti gli altri fenomeni, ed intermittenza di questo principale.

Infine le vegetazioni adenoidi, che presso noi sono rarissime, provocando un'abbondante secrezione, la quale certe volte si addensa nelle anfrattuosità o cola sulla faringe, ponno esser causa di cattivo odore, come ho avuto agio di osservare qualche fiata. L'esplorazione con lo specchio ed alle volte col dito, vi mette sulla buona strada per una conveniente terapia, perchè voi già vedete l'abisso che ci separa nella cura per ciò che riguarda ozena e vegetazioni adenoidi. Infine le vegetazioni adenoidi sono più frequenti in individui di più giovane età.

Riguardo alle **prognosi**, voi indovinate tutta l'importanza che questo capitolo ha, trattandosi di una malattia la quale tanto interessa lo stato sociale degl'individui che ne sono affetti; specialmente per le giovanette, molte volte sarete consultati per sapere se sono in grado di passare a matrimonio, e quali sono le speranze che concepite per una possibile guarigione. Vedete dunque che importa acquistare nozioni precise, perchè noi potessimo emettere un giudizio che è un poco più im-



portante di quello che sogliamo dare in una malattia comune; giacchè riguarda non solo l'individuo che n'è affetto, ma colui che vi sarà legato da vincoli indissolubili. È fuori dubbio che nelle presenti condizioni noi possiamo portare un giudizio più benigno su questa ribelle malattia, di quello che facevano i nostri buoni padri. Quando si credeva che l'ozena dipendesse da carie delle ossa o da profonde lesioni della mucosa, questo nome era ascoltato con terrore dai poveri infermi e dalle famiglie. Oggi no, oggi non solo sappiamo che le alterazioni sono minime, ma possediamo una ricca classe di rimedii che modificano abbastanza questo triste sintoma: a me piace riferirvi in breve quei principali criterii a cui vi dovete ispirare nel pronostico.

1) Durata della malattia: più cronico è l'ozena, maggiore riservatezza voi dovete avere.

2) L'ozena nel quale non avrete a riscontrare essudati, quello che corrisponde al così detto ozena *da esalazione*, è più grave dell'ordinario.

3) Il criterio più sicuro, sul quale dovete poggiare, è il terapeutico. Vi sono individui nei quali la cura agisce prontamente, corregge prontamente i sintomi; ed altri in cui dovete lottare con enormi difficoltà. Dunque siate riservati: fate che l'esperimento della cura sia la miglior guida nei vostri giudizi. In tesi generale voi potete trattare più blandemente questi poveri infelici, meglio di quel che erano un tempo dai vecchi medici poco istruiti dell'indole vera dell'affezione in discorso.

Infine ci ha un pronostico che riguarda esclusivamente l'individuo che è affetto da ozena: quello relativo al ritorno dell'odorato. Molti infermi vi domanderanno se potranno riacquistarlo, e voi dovete essere egualmente riservati, perchè certe volte succede che, ottenuta la guarigione, l'anosmia si perenna. Noi non possiamo precisare se sarà permanente, perchè non possiamo *a priori* sapere se ci ha atrofia delle terminazioni nervose, ovvero se il fatto dipende da semplice inerzia funzionale; nel qual caso potrà correggersi a misura che si svilupperà la funzione stessa. Gli arti i quali restano inattivi per molto tempo, finiscono per atrofizzarsi; individui costretti a silenzio prolungato finiscono per perdere la voce: or bene, in circostanze simili, noi non possiamo dire se, ristabilendosi le normali condizioni, la funzione si ripristini. Anche a guarigione completa, voi non potreste sostenere che l'anosmia sarà permanente; ma l'esperienza per buona fortuna c'insegna che certe volte l'olfatto può perfettamente ritornare, specie se si attua una conveniente terapia.

Riguardo poi a *tempo*, siate sempre accorti sul non largheggiare. Trattasi di un processo che reclama molto tempo, perfino con una terapia delle più acconce. Ora di questa, come che interessantissima, io mi occuperò di proposito nella prossima conferenza.



## LEZIONE VENTITREESIMA

### III.

#### Cura.

**Sommario.** — La cura dell'ozena è sintomatica ed etiologica: questa è un postulato della scienza. — *a*) Cura sintomatica. — Dilatazione delle vie nasali, quando occorra, fatta per mezzo di sonde metalliche, di candelette semplici o medicate, bacilli, ecc. Loro inconvenienti. — Utili le docce di aria compressa, medicata o no (Massei, Elsberg). Si fanno con l'apparecchio di Waldenburg. — Lavaggio (d' avanti in dietro e viceversa), abbondante e con liquidi tiepidi, con la doccia di Weber, di Mackenzie, o col rinoclistma (Morra, Masini). Precauzioni a pigliare. — Lavaggio (da dietro in avanti, con la siringa di Fauvel, semplice o modificata, Massei). Liquidi usati: tra gli alcalini, preferibile il cloruro di sodio. — *b*) Cura causale. — Disinfettanti: permanganato di potassa, acido fenico, cloralio. — Migliore tra tutti la resorcina. — Altri rimedii: acque minerali, potassa caustica, nitrato d'argento, tintura di jodo. — Mezzi per medicare: pennelli, turunte, ecc. —

#### SIGNORI,

A proposito della cura dell'ozena che, come già sapete, è un argomento così importante per la pratica, io vi rinnoverò le proteste che feci in principio delle conferenze relative a questo soggetto; cioè che sarò breve. Farò solo una rassegna rapida dei varii rimedii proposti, fermandomi principalmente su quelli che hanno un'azione meglio constatata e più sicura. Voi avrete sempre agio di riscontrare nei trattati tutto ciò che si è fatto intorno a così ribelle malattia: ora che conviene fissare la nostra attenzione sopra un punto culminante della pratica, io mi studierò di essere conciso e chiaro per quanto mi è possibile.

Possiamo dividere la cura dell'ozena in *etiologica* e *sintomatica*. La prima è un *desiderato*, una *meta* che non abbiamo ancora raggiunta, ma che deve esserci sempre presente allo sguardo; e così solo potremo avviare codesta terapia verso un indirizzo che possa un giorno condurci alla guarigione completa e sicura.

La medicazione sintomatica diventa in parte etiologica, quando noi ci sforziamo di combattere il fenomeno culminante, il cattivo odore che tanta apprensione procura agl'infermi, quello che è la nota saliente,



cui deve attendere il clinico, e in ispecial modo lo specialista. Cominciamo dalla medicazione sintomatica.

Una delle cose, a cui bisogna badare, è il grado di permeabilità delle vie nasali. Noi sappiamo benissimo che nell'ozena ci ha tendenza alla forma atrofica, tendenza a stabilirsi di quel catarro che si chiama secco, rarefaciente; ma non dobbiamo neppure dimenticare che nel primo periodo, in una prima fase del morbo, ci ha ipertrofia, donde certe volte una considerevole diminuzione del lume di queste tortuose vie. Importa quindi slargare le vie ristrette, sia per dare libero sgorgo agli essudati, sia anche per permettere che la medicazione sussecutiva potesse bene applicarsi *in loco*, e su tutte le parti ove si è sviluppato il processo morboso. Questa indicazione, la dilatatoria, è richiesta sol quando ve n'è il bisogno; nè possiamo elevarla ad un canone invariabile nella cura dell'ozena: resta quindi affidato alla vostra esperienza ed all'osservazione l'adempimento di così importante desiderato.

Dopo le indicazioni, conviene occuparsi dei mezzi che si sono proposti per dilatare le vie nasali ristrette. Uno dei più antichi, e che acquistò una certa fama, è la dilatazione mediante le sonde metalliche e le candelette, simili a quelle che si adoperano per l'uretra, di varie dimensioni, di varia forma, e sempre con un crescendo nei numeri (dilatazione graduale, temporanea, progressiva). Le candelette possono essere semplici o medicate, a misura che ci proponiamo dilatare semplicemente la parte, o dilatarla e medicarla insieme; e con questo scopo furono costruiti da varii autori e varii pratici i così detti *bacilli medicamentosi*, i quali s'introducono nelle cavità nasali per le narici e si lasciano in loco: così si mette a profitto una graduale dilatazione e l'azione topica, che per lo più è quella di un medicamento astringente. Se tenete bene presente la configurazione delle fosse nasali, la direzione del pavimento delle medesime, la tortuosità di queste vie, immaginerete subito che è difficile costruire un bacillo che per forma potesse perfettamente adattarsi. È piuttosto, in casi consimili, dall'azione medicamentosa che traggiamo profitto, in quanto che a contatto della mucosa, che ha sempre qualche cosa di più di 37°, il farmaco prescelto si dissolve, e con l'ispirazione che l'individuo fa naturalmente, il rimedio è portato in punti lontani. Con ciò voglio farvi presentire che credo utili i bacilli, in quanto a modo di applicazione di un rimedio; ma li giudico una ironia quando vi proponete con l'azione medicamentosa l'azione dilatatoria, la quale resta parziale, efimera, incompleta, appunto per le ragioni anatomiche a cui ho alluso. E tanto più mi fermo su queste cose, in quanto che coloro, che se ne sono fatti gli antesignani, gridano a squarciagola e lodano questo ritrovato, come cosa dell'altro mondo, mentre noi abbiamo dato un giudizio così scevro da passioni, che il *bacillo* pel naso resta davvero un mezzo, come suol dirsi, senza infamia e senza lode.



L'azione dilatatoria delle candelette o delle sonde metalliche dev'essere menata avanti con garbo; ragione per cui dovete prescegliere le candelette molli, elastiche, francesi, le nere, le quali non esercitano una brusca irritazione sulla mucosa in contatto della quale sono portate, cioè riescono tollerate, stimolano meno, e rispondono meglio allo scopo.

La preferenza nella cura dilatatoria deve certamente darsi all'aria compressa, sotto forma di docce nasali, mezzo sul quale io richiamai l'attenzione dei pratici, ignorando che l'Elsberg a Nuova York aveva già fatto lo stesso da qualche tempo. Quando il mio egregio amico, il Professore Masucci, lesse nel Congresso laringologico di Milano una memoria sulle *docce nasali di aria compressa semplice e medicata*, io ebbi la occasione, discorrendo col Prof. Elsberg, di sapere che anche a lui era venuta quest'idea. Ma egli era lieto che le conclusioni, a cui io era pervenuto, erano identiche; anzi si compiaceva che i nostri risultamenti confermavano tanto le sue vedute. Il Masucci potette convincersi sopra buon numero di ammalati della reale utilità di quell'applicazione dell'aria compressa; e volendo teorizzare, cercare cioè una spiegazione che rendesse intelligibili i successi che noi ne speravamo, egli mise a profitto quello che già si conosceva intorno all'azione fisiologica dell'aria compressa sulla mucosa dei bronchi. Bisogna, per vero, tener presenti due fatti: l'azione meccanica dilatatoria di un'aria sotto una pressione maggiore, che forza il calibro dei tubi ristretti, e continuamente applicata finisce per slargare questi canali; e poi l'azione che l'aria compressa esercita sulla parete dei vasi, per cui il sangue viene scacciato dalla periferia, e così si produce una vera ischemia. Quando voi fate la dilatazione introducendo una sonda od una candeletta, gli effetti benefici della dilatazione si perdono alquanto in vista della consecutiva stimolazione, necessaria conseguenza del corpo estraneo; cosicchè il mezzo resta puramente sintomatico. Il processo infiammatorio cronico, così come si svolge in questa malattia, non può certo vantaggiarsene; e dopo aver fatta la dilatazione, la mucosa si gonfia tanto, che gl'infermi respirano anche più male; è solamente dopo un poco di riposo, dopo che si risolve quest'azione dovuta ad un trauma passeggero, che essi si accorgono del benefico effetto. Con l'aria compressa noi guardiamo il processo e le conseguenze, cioè diminuiamo l'afflusso del sangue per l'azione ischemizzante, e dilatiamo le vie stenosate per l'effetto sicuro dell'aria che mandiamo in quelle vie sotto una forte pressione.

Aggiungete (e mi piace fare un piccolo salto) che noi possiamo medicarla quest'aria compressa; ed allora ci spingiamo avanti in quella cura, nella quale combattere un processo nella sua vera cagione, rappresenta il principale obbiettivo.



Le docce nasali di aria compressa si fanno con l'apparecchio del Waldenburg, mettendo a profitto il *maximum* della pressione. Mi basterà dirvi che dieci o dodici chilogrammi, aggiunti al peso del cilindro, sono quelli che l'apparecchio può tollerare senza che l'acqua trabocchi. Poi, invece di un rubinetto che termina con la maschera, noi applichiamo all'estremo di un tubo di caoutchouc un'oliva simile a quella della doccia del Weber. L'infermo introduce l'oliva in una narice, ed aprendo poscia il rubinetto dà libera fuoriuscita all'aria, la quale si comporta precisamente come i liquidi, cioè non scappa giù nella faringe, ma rigurgita per la narice opposta; onde voi mettete a profitto la dilatazione fatta d'avanti in dietro per la colonna d'aria ascendente, e quella di dietro in avanti per la colonna d'aria che defluisce dalla narice opposta.

Le docce d'aria compressa si ripetono più fiate al giorno, vuotando una o più volte il contenuto del cilindro degli apparecchi: gl'infermi avvertono immediatamente i vantaggi di questa applicazione; cosicchè, sempre che vi sia dato poter fare nel vostro gabinetto di queste cure, decidetevi con fiducia, e vedrete che non andranno sfruttate le vostre aspettative.

Un'altra indicazione culminantissima, la quale resta sempre vera, qualunque sia la fase in cui si trova la malattia, è il lavaggio. Noi sappiamo che le croste che si osservano al rinoscopio non sono esse la cagione del cattivo odore la chimica ce l'ha dimostrato. Perchè voi possiate agire direttamente sulla mucosa ammalata, perchè possiate impedire l'aggravamento di questa fermentazione, di questa esalazione di prodotti anormali attraverso le cellule epiteliali alterate, è troppo giusto che mantenghiate sgombrare queste vie, senza dire che la difficoltà della respirazione reclama l'attenzione degl'infermi e del medico. E nel decidervi al lavaggio, io voglio innanzi tutto dirvi che bisogna che esso sia generoso. Voi sarete consultati certamente da infermi con ozena, i quali vi diranno che già praticano quello che loro raccomandate; cioè le iniezioni nel naso. Se vi fate ad interrogarli un poco minutamente, vedrete che il lavaggio si riduce ad una medicatura illusoria. L'infermo si serve di un piccolo schizzetto, introduce in una cavità pochi grammi di liquido, per lo più ad una temperatura bassa, e vi confessa che è scoraggiato, perchè non ne vede nessun risultamento. Allora comprendete subito che, pur ritenendo vera l'indicazione, bisogna molto badare al modo onde adempirla; bisogna raccomandare un lavaggio generoso fatto con molti litri d'acqua, la quale non dev'essere *mai fredda*. Le mucose interne hanno sempre qualche cosa al di sopra della temperatura normale del corpo; e, non avessero che 37.°, s'intende bene che debbono reagire ad un liquido che ha una temperatura inferiore, come quella dell'acqua potabile. Aggiungete la delicatezza della mucosa nasale, che reagisce ad ogni stimolo, per via riflessa e diretta, e voi comprendete



che importa trattarla col massimo garbo onde continuare nella via tracciata, e ricavarne un utile; l'acqua fredda irrita, l'acqua assoluta gonfia gli epitellii, e ne segue una reazione, una iperemia, un aumento dei fenomeni infiammatorii. Dunque lavanda generosa, lavanda fatta con acqua leggermente riscaldata, un'acqua portata a temperatura amica, tollerabile, non fredda; ora, senza riscaldare tutta l'acqua che deve servirvi, voi potete addizionarne tanta, sino a sentire col dito che non produce più l'impressione dell'acqua fredda.

Certe volte gl'infermi ci creano piccole difficoltà, cioè lamentano la noia di procurarsi dieci, quindici, venti litri per volta di acqua, quanti se ne richiedono: il che vale a *fortiori* quando il liquido che si usa non è più l'acqua, che va tanto a buon mercato, bensì un liquido medicinale. In queste circostanze voi potete con due litri soltanto ottenere l'effetto che ricavereste da una quantità decupla, facendo in modo che si raccolga il liquido già passato pel cavo naso-faringeo in un altro recipiente, che farà alla sua volta da serbatoio.

Dettovi questo in generale, prima della scelta dei farmaci, mi preme aggiungere qualche cosa sui mezzi.

Le siringhe a pera, quelle di cristallo, appunto perchè contengono poca quantità di liquido, debbono essere scartate. Si può usare della *clisopompa*, quella che è in uso per organi meno nobili, e premendo sullo stantuffo, o sul compressore quando è fatto da una palla di gomma, si raggiunge un getto continuo e copioso. Spetta però al Weber il merito di aver creato un ingegnoso apparecchio che voi conoscete, e che porta il suo nome, la doccia o l'irrigatore del Weber, doccia che taluni hanno modificata così malamente, o così insensibilmente, da eccitare il riso.

La doccia di Weber è un tubo di caoutchouc, lungo un metro o poco più, il quale pesca con l'estremo superiore in un recipiente dove si mette il liquido, mediante una staffa di vulcanite, o mediante una pallina di piombo forata all'estremo. L'oliva si adatta alla narice, avendo la precauzione d'introdurla leggermente sin dove la sua parte slargata arrivi a chiudere l'orifizio della narice medesima. Più giù vi ha un rubinetto che serve a permettere ed interdire l'uscita della colonna d'acqua. Ma trattandosi di un tubo di caoutchouc, cioè di un tubo molto flessibile, voi indovinate che le dita possono fare benissimo l'ufficio di rubinetto. La doccia si mette ad un'altezza che voi potete misurare con quella a cui arriva il braccio dell'infermo levato in alto. Importa guardare al grado di pressione, in quanto che bisogna tener lontana ogni malefica influenza sulle tube Eustachiane, dove talvolta si fanno strada delle gocce di liquido. Una pressione maggiore farebbe penetrare in queste trombe una discreta quantità di liquido, e provocherebbe quelle forme di otiti, che hanno fatto muovere da taluni al Weber rimproveri che del resto in nulla offuscano la grande utilità della sua scoperta.



L' infermo , dopo avere applicata l' oliva nella narice , deve chiudere l' opposta , nello scopo di fare il vuoto , inspirare l' aria contenuta nel tubo , e stabilire il sifone: che se vi trovate innanzi a giovani soggetti che non hanno esperienza, o non hanno forza inspiratoria sufficiente per vuotare il tubo, potreste servirvi o di una doccia che abbia nel centro un compressore, come è quella del Mackenzie, o dei così detti *rinoclistmi*, docce del Weber modificate in modo, che l'estremo superiore, invece di pescare nel vase da cui cade il liquido , s' innesti nella sua superficie inferiore ; ed allora aprendo un rubinetto posto all' estremo , il liquido cade giù per proprio peso sino all' oliva.

L'idea di chiamare questa doccia *rinoclistma*, è venuta al Morra di Napoli ed al Masini di Firenze, forse contemporaneamente. E non solo questi due valenti colleghi ebbero la stessa idea, ma anche l'altra di modificare l'ordinario irrigatore. Sono quelle piccole divergenze che si compongono facilmente; forse noi non possiamo negare che il Morra abbia la precedenza. Ma l'essenziale è che quando si tratta di giovani soggetti, il rinoclistma può riuscire veramente utile.

Vi sono però taluni piccoli dettagli che importa conoscere, che io vi ho già esposti al dispensario , ed ora ripeto a proposito dell' applicazione di questa doccia. Raccomandate sempre agl' infermi di piazzare l' oliva orizzontalmente e non verticalmente; in questo secondo caso, la colonna di liquido, urtando contro la parte alta del naso ed i seni frontali, procura un dolore che potrebbe distogliere gl'infermi dalla continuazione di così eccellente mezzo. In secondo luogo, se voi dall' osservazione avete visto che l'una narice è più ristretta dell'altra, dovete consigliare di applicare l'oliva dalla parte più ristretta, perchè in questo caso il liquido facilmente si fa strada attraverso la parte angusta, e trova più libero sgorgo dalla parte opposta; facendo il contrario, rischiereste che il liquido o penetrasse nelle tube, o cadesse giù, provocando tosse.

Terza precauzione — Dopo che l'infermo ha fatto la sua lavanda, raccomandategli di soffiare alternativamente per una narice e per l'altra, chiudendo alternativamente l' opposta, prima di forbirsi. Non è pedanteria quella che mi spinge a parlarvi di queste minuterie, è desiderio vivissimo che voi schivate il principale inconveniente, che è la penetrazione di liquido nelle tube, fatto che ha procurato dei rimproveri ingiusti al sifone di Weber, giacchè non vale la pena di rinunciare ad un mezzo eccellentissimo, qualunque esso sia, sol perchè vi sono certe volte a lamentare degli inconvenienti; tanto più, quando con un poco di attenzione possiamo tenerli da banda. Ebbene, se l'infermo soffiasse il naso per forbirlo, chiudendo le due narici, le porzioni di liquido residuali nel cavo naso-faringeo s'insinuerebbero possibilmente nelle tube, e da ciò la facilità di una infiammazione che alle volte riesce grave e molestissima.



Oltre a questa di Weber, una siringa la quale si accreditò abbastanza in questo piccolo mondo della nostra specialità è stata quella del Fauvel di Parigi. In questo caso il lavaggio si farebbe da dietro in avanti, e forse avrebbe i suoi vantaggi; in quanto che, se certe volte con la doccia del Weber non è possibile distaccare tutti gli essudati con un modo di azione da avanti in dietro, con quest'altra lo si può perfettamente. La doccia del Fauvel termina con una pallina forata, simile a questa che vi presento, che per mezzo di un tubo conduttore resta avvitata sopra uno stantuffo, figuratevi un corpo di tromba ordinario. Allora aspirando, voi riempite la camera della tromba, e dopo aver portato dolcemente l'estremo terminale dietro il velo-pendolo, voi spingete lo stantuffo: il liquido rigurgita per le fosse nasali. Io, sempre nell'idea di procurare un generoso lavaggio, ho modificato la doccia del Fauvel rendendola continua, cioè non obbligando il chirurgo a fare ripetute manovre per riempire la siringa; onde invece della tromba, innesto alla cannula terminale di argento, con la pallina forata, un lunghissimo tubo di caoutchouc che pesca in un recipiente, e dopo aver fatta l'aspirazione mediante un compressore centrale, applico la siringa dietro il velo-pendolo, apro il rubinetto ed inietto la quantità di liquido che voglio; quando mi accorgo che l'infermo è stanco, senza ritirare l'estremo terminale della siringa, chiudo il rubinetto, e così, alternando, lavo copiosamente la cavità nasofaringea. Tanto in questa del Fauvel, che in quella del Weber, è un principio fisiologico messo a profitto, cioè che tutte le volte che la cavità nasofaringea è ripiena di liquido, questo riesce dalla narice opposta, e non va giù nella faringe, perchè stimolato il velo del palato, si contrae e separa la cavità nasale dall'orale, senza pericolo che possa caderne goccia in gola e provocare accidenti molesti (tosse e spasmo laringeo).

Noi possiamo quindi dogmaticamente ritenere che la doccia del Weber, modificata o no a seconda dei casi, e questa del Fauvel, hanno il primato nella cura dell'ozena. Avendovi dette le ragioni che ci fanno preferire un lavaggio copioso, sarà appena necessario farvi riflettere che per ciò stesso i polverizzatori dei liquidi, quali li usiamo per la laringe, sarebbero poco utili. Forse, quando si prescelgono sostanze medicamentose con lo scopo di modificare i tessuti, soluzioni concentrate di farmaci non indifferenti, trovano migliore applicazione, specialmente se utilmente modificati per operare nel cavo nasofaringeo stesso la polverizzazione, come per il primo ideò il Prof. Zaverthal di Roma.

Permettete ora che vi dica dei mezzi usati come lavaggio, dei liquidi prescelti, delle varie soluzioni sperimentate; e lo farò assai brevemente, giacchè non ignoro che la maggior parte di queste cose vi sono notissime dopo l'assidua assistenza al dispensario. I liquidi, che meglio rispondono allo scopo di distaccare gli essudati, sono gli alcalini; così il bicarbonato ed il carbonato neutro di soda, il cloruro di sodio ed il clorato di



potassa ebbero la preferenza. Per verità l'acqua di mare, o una soluzione all'uno per cento di cloruro di sodio raffinato, riescono assai bene allo scopo di detergere quelle vie, purchè la lavanda sia generosa e ripetuta in varie ore del giorno. Il sale o l'acqua marina hanno dunque il primo posto; di fronte a loro, scade l'importanza del clorato di potassa, del latte che ultimamente proponeva e sperimentava il Réclus, e delle soluzioni astringenti che sono malissimo tollerate. Quando la lavanda non ha altra indicazione che la sintomatica, quella di sciogliere gli essudati, sarà preferibile servirsi degli alcalini, così come noi facciamo come cura preparatoria delle varie forme di laringiti.

Qui termina l'enumerazione dei rimedii sintomatici proposti e sperimentati contro l'ozena. Occupiamoci ora un poco di quelli che aspirano al vanto di una cura causale; innanzi tutto ho il dovere di discorrervi dei disinfettanti: permanganato di potassa, acido fenico, acido salicilico, clorallio, resorcina. Ve li ho enumerati per ordine cronologico, cioè a misura che furono proposti contro codesta malattia.

Il permanganato di potassa è il più antico; a lui dunque l'onore di aprire questa breve enumerazione. È un rimedio efficace, un rimedio che in realtà modera il cattivo odore, e da certi laringoscopisti francesi è stato vantato altresì quando devesi praticare l'esame laringoscopico in individui che hanno alito fetido. Ma la sua azione è troppo passeggera, la sua virtù disinfettante resta limitata al momento in cui si usa; e dopo, da capo col cattivo odore. Necessità quindi di pensare ad altri farmaci più energici; onde l'acido fenico si presentò subito dopo. L'acido fenico è un sovrano mezzo che utilizziamo in tante malattie, ma ha due svantaggi: innanzi tutto ha un cattivo odore che, se non più insopportabile di quello dell'ozena, non è certo piacevole, per cui gl'infermi stessi fuggono il consorzio, temendo che dal rimedio s'indovinasse la causa; e poi ha un'azione irritante. Che se diluite la soluzione, come debbono essere in generale quelle che servono pel lavaggio, la sua azione disinfettante si attenua tanto, che non vale più la pena di pensarvi.

Io ho per lungo tempo sperimentato l'acido salicilico in una soluzione dell'1 per 500, titolazione alla quale mi era fermato come la meglio tollerata; acido salicilico che discioglievo col borace, e che certe volte profumavo e colorivo per assecondare il desiderio degl'infermi di tener nascosta ad altri la propria malattia. Vi ho detto che gl'infermi di ozena saranno quelli che forse vi consulteranno tra i primi, e talora dovete studiarvi di conciliare una medicazione utile con una commoda. Certe volte è un giovane che deve passare a matrimonio, e vuol curarsi; vi dimanda un mezzo qualunque che colori e profumi la sostanza che servirà per la lavanda. In questa circostanza vi dirigete ad un farmacista di vostra fiducia, che dà fuori una soluzione composta di acido salicilico e borace, ma *profumata*, così come io ho fatto con l'ottimo mio amico



il Prof. Arena, il quale senza offendere la scienza, ha pensato alla forma ed ha dato fuori *la soluzione salicilica*, la quale è concentrata in modo, che allungandone pochi grammi in una quantità di acqua, gl'infermi possono continuare la cura senza tornare ogni giorno in farmacia e senza destar sospetti. Debbo dirvi che dall'acido salicilico in soluzione lasca, ho avuto vantaggi abbastanza significanti; ma per desiderio di spingermi sempre più avanti, ho studiato anche l'azione del cloralio e recentemente della resorcina. Il cloralio era stato già proposto da altri, in una soluzione molto tenue, dell'1 per 500, o 1 per 1000. Ebbene, benchè nella difteria io abbia dato a questo rimedio un posto d'onore, non posso dire lo stesso per l'ozena. Invece la resorcina, che era stata sperimentata dal Masini, ci ha benissimo corrisposto. Oggi la medicazione che facciamo contro l'ozena è la seguente: lavanda generosa di acqua e sale che gl'infermi praticano a casa, e poi qui, al dispensario, polverizziamo sulla parte una soluzione di resorcina all'uno per cento. In un mio lavoretto, nel riferire i risultamenti di questa medicazione, ho tornato ad insistere sull'importanza di essere molto generosi nel lavaggio; e ho detto che se la polverizzazione poteva costituire un eccellente mezzo di cura al dispensario, non poteva esserlo quando la cura restava affidata all'infermo. Perciò raccomando di fare mattina e sera delle lavande con dieci o quindici litri d'acqua e sale, ed una terza nella giornata, con una soluzione di resorcina all'uno per 200, o più. Debbo confessarvi che la resorcina pare che giustamente si metta avanti agli altri disinfettanti nella cura dell'ozena; e nel paragone, studiandone il modo di azione e la prontezza, posso dirvi che tutto parla in suo favore.

Quelli che hanno cieca fiducia nell'azione delle acque minerali, e quelli specialmente (come accade per la scuola francese) che credono all'*erpetismo*, hanno levata alta la voce per mantenere in onore le acque minerali, specialmente le solfuree. Presso di noi l'acqua del Gurgitello era in voga sin dai tempi dei nostri buoni padri, e quella naturale solfurea di S. Lucia, discretamente ricca essa pure di acido carbonico, è stata da me sperimentata più volte. In quest'analisi comparativa che faccio dei varii rimedii proposti, mi sbrigherò presto col dirvi che credo all'utilità delle acque minerali, quante volte noi ne limitiamo il compito. Usatele per distaccare e sciogliere le croste, ma non vi fidate sopra, come per quei rimedii che debbono incaricarsi di più serie indicazioni. Dite lo stesso della potassa caustica che io sono stato il primo a sperimentare. Quando, col Prof. Arena, impresi quei pochi studii dei quali vi ho riferito i risultamenti, e che avevano per obbietto di scoprire la materia la quale fosse cagione del cattivo odore, noi pensammo che saponificando le sostanze grasse avremmo potuto domare il cattivo odore, e la potassa caustica ci venne alla mente. Noi vedemmo però che gl'infermi non andavano meglio di prima. Mi fermo su questo dettaglio, perchè avendo



a voi affidato il compito di continuare questi studii, forse potrete trarre vantaggio dalla nozione di esperimenti già praticati, e che possono recarvi una utilità, in quanto vi eviteranno una ulteriore perdita di tempo.

Non basta lavare la parte, i pratici pensano a portare direttamente rimedii più o meno energici, con pennelli, turunte, spugne, candelette, ecc. Il nitrato d'argento e la tintura di iodo furono in grande movimento un tempo, specialmente quando si credeva all'esistenza dell'ulcera, mentita, dall'apparenza degli essudati concreti. Che cosa essi fecero? un buco nell'acqua. Il nitrato d'argento si mostrò tanto efficace, quanto lo è stato nella difteria, e noi che oggidì possediamo cognizioni anatomo-patologiche più precise intorno all'ozena, intendiamo perchè nè il nitrato, nè la tintura di iodo possano rispondere agli scopi della pratica. La tintura di iodo è stata applicata con un metodo un poco barbaro. Taluni, dopo aver preparate delle listine di tela che bagnano nella tintura (e qui domando se il ioduro di amido che si forma, ha la stessa azione della tintura di iodo), ne avvolgono delle candelette che introducono nelle narici, alle volte a viva forza; anzi, quando l'infermo è tutto sanguinante, essi sono più soddisfatti, perchè credono che si sia mutata in acuta una flogosi cronica ed arrecato così un salutare compenso. Ma voi vedrete che questi ammalati vengono a voi invocando manovre più umane, e vi accorgerete che il processo morboso resta lo stesso, malgrado la energia del metodo curativo.

Prima di procedere oltre e dirvi di altri rimedii locali che si mostrano più o meno efficaci, permettetemi che io mi fermi sui mezzi coi quali dobbiamo compiere questa medicazione, ovvero sulla forma sotto la quale convien preferire il farmaco: pennelli, turunte, spugne, candelette, polveri, pomate, ecco il piccolo arsenale che ci si schiera avanti. Basterà ricordare la sensibilità della schneideriana per mettere subito da banda tutti quei mezzi che stimolano direttamente la mucosa: non solo si otterrà un contatto limitatissimo, ma, procurando una starnutazione energica, si priverà la mucosa di quello stesso rimedio che si vuole applicare; è quindi alle polveri ed alle pomate che bisogna logicamente dare la preferenza. Io modestamente vi accennerò che di questo modo di applicazione dei farmaci nell'ozena ho avuto il merito di discorrerne tra i primi. So che ciò ha dato ai nervi a qualcheduno; so che per combattere si son fatte disumazioni poco a proposito, ma resta pur vero che quelli stessi, che mi hanno criticato, hanno finito per copiarmi; e debbo dirlo non solo nella forma, anche nella sostanza; giacchè, come sentirete nella prossima conferenza, alla quale rimando il compimento di questo interessante capitolo, noi abbiamo dovuto fermarci a certi farmaci, i quali, se non assicurano la guarigione dell'ozena, rappresentano tuttavia quello che di meglio possiede fin oggi la scienza.



## LEZIONE VENTIQUATTRESIMA

---

### IV.

#### Seguito e fine della cura.

**Sommario.**—Inalazioni medicate con trementina o con iodio. — Pomate e loro vantaggi. Utile quella di iodoformio con cumarina. — Le polveri si portano con gli ordinarii insufflatori, o con quello del Labus modificato. Preferibile tra tutte le sostanze polverulente è il calomelano. — Altri mezzi: tamponaggio con cotone idrofilo semplice (Gottstein), o medicato (Fournié). — Processo di Rouge e Bardenheuer. — Nostro metodo di cura. — Cura dell'ozena faringeo. Polverizzazioni alcaline. Pennellazioni con tintura di capsici. — Cura dell'ozena laringeo. Polverizzazioni ed insufflazioni di calomelano od applicazione topica di iodoformio sciolto in etere. — Cura generale in tutte le forme di ozena. Quale ne sia l'indicazione. — Prognostico riguardante il tempo che deve durar la cura.

SIGNORI,

La volta passata mi fermai col dirvi che era mestieri bene studiare il modo di applicazione locale di quelli tra i farmaci che si propongono nell'ozena la cura etiologica. Dissi che forse era mio il merito di aver insistito per mostrare che le polveri, potendo essere portate sopra punti lontani, senza mettere a cimento la sensibilità squisita della schneideriana, rappresentavano un mezzo efficacissimo. Ora mi piace ritornare su questo argomento, per aggiungere qualche cosa intorno alle pomate ed alle inalazioni di sostanze volatili.

È certo che l'ozena stabilisce le sue tende, di preferenza, nelle regioni alte delle vie olfattive; è certo che la mucosa, che tappezza i numerosi seni annessi all'apparecchio olfattorio, può prender parte alla malattia. Di qui la necessità e l'indicazione di medicare tutta la superficie ammalata. Se noi ci limitassimo a toccare la parte più bassa di questa mucosa, evitando per dippiù l'azione riflessa che si esprime con lo starnuto, e che caccia fuori una parte del medicamento che portiamo a contatto, non avremo fatto se non una parte infinitesimale di questa cura, e l'avremo fatta per di più malamente. È necessità quindi preoccuparsi di



questo, e cercare di estendere l'azione topica di un farmaco qualunque su tutta la superficie ammalata.

Delle polveri, ora non vi dirò di più; ma passo invece a parlarvi delle pomate e delle inalazioni medicamentose. Le pomate in apparenza ci fanno rimproverare quelle stesse cose che lamentiamo per le dirette applicazioni con pennelli o con spugne; perchè è sempre nelle parti più basse che possiamo applicarle. Voi sentite, infatti, che io mi limito a raccomandare agl'infermi di praticare questa semplice medicatura, spalmando col mignolo l'orificio delle narici. Però la vasellina, che noi preferiamo come il miglior veicolo, perchè non irrancidisce e non irrita, a contatto della mucosa che tiene una discreta temperatura, si discioglie, e con essa il farmaco che vi è sospeso; onde con le successive inspirazioni che sono una necessità fisiologica, il farmaco non solo arriva nelle parti più alte, ma anche in quelle dove non perviene la nostra mano armata di spugne, di pennelli e turunte.

Lo stesso ragionamento noi possiamo mantenere per le inalazioni di sostanze volatili, specie se fatte con l'apparecchio pneumatico, o se utilizzate insieme alle docce di aria compressa. Quando facciamo passare l'aria compressa nel cilindro dell'apparecchio di Waldenburg attraverso una bottiglia di Woolf in cui mettiamo acqua calda e poche gocce di una sostanza volatile qualunque, noi medichiamo quest'aria medesima; e così mettiamo a profitto non solo l'azione dilatatoria, ma anche la medicamentosa di certi farmaci che prescegliamo: l'acido fenico, l'acido timico, la trementina. Anzi io vi dichiaro che in quell'infermi che seguono le mie cure nel gabinetto privato, faccio eseguire, dopo le lavande di uso, docce di aria medicata con trementina: è una azione identica a quella sulla mucosa dell'apparato respiratorio quella che io pretendo, e che mi pare di raggiungere abbastanza bene, tanto che mi son fermato a quest'olio essenziale, più che all'acido fenico ed al timico.

Come si applicano le polveri? Ecco un altro piccolo quesito al quale ho il dovere di rispondere. Voi mi vedete comunemente usare gli ordinarii insufflatori, e, in verità tenendo divaricate le narici mediante uno speculo, noi prepariamo la via che deve percorrere la polvere spinta dall'aria compressa del palloncino. Potremmo usare l'insufflatore a bocca, come quello del Labus, tranne che il tubo invece di avere due curvature, ne avrebbe una sola, bastando mettere la porzione retta in direzione della narice dilatata dallo speculo nasale. Potremmo servirci eziandio dell'inspirazione pura e semplice, come succede per l'ordinario tabacco da naso; e difatti nel prescrivere calomelano, bismuto od altro, noi diamo la seguente prescrizione: di prendere cioè più volte al giorno un poco della polvere medicamentosa, come se si trattasse di tabacco da naso. Più ampie sono quelle vie, maggiore è la facilità con la quale



le polveri si fanno strada: voi sapete benissimo che in coloro che hanno l'abitudine di fiutare il tabacco, noi lo indoviniamo all'ispezione delle fauci, ravvisando le particelle di detta sostanza, oscure, depositate sulla faringe medesima.

Gli altri apparecchi per inalare direttamente attraverso il naso sostanze volatili, furono più o meno ingegnosamente modificati da varii pratici; specialmente quello per la respirazione dei vapori del iodio fu obbietto di studii da parte di varii specialisti. La cosa è tanto semplice; voi comprendete benissimo come un apparecchio qualunque, costruito in modo da poter adattarsi con facilità alle narici l'estremo di un tubo di gomma, basti, all'uopo. Complicare di più questi apparecchi, è tempo perduto, tanto maggiormente che io dissi a proposito del iodio tutto quello che pensavo circa la sua virtù modificante avverso l'ozena.

Le sostanze medicamentose che sotto forma polverulenta furono proposte e sperimentate, non sono poche, e sono notissime, il bismuto a cui si accorda una virtù astringente; l'allume e l'acido tannico, nei quali quest'azione è più spiccata; il benzoato, il salicilato ed il timato di soda, nell'intenzione di usare un rimedio antifermentativo e parassitocida; il iodoformio, il solfo, il calomelano; e poi altri preparati composti, il tannato di zinco, per esempio, e via via. Li ho tutti sperimentati, e debbo confessarvi con franchezza che mantengo il primato pel calomelano, farmaco che io proposi da alcuni anni, che mi ha abbastanza ben corrisposto, e che non cesso dal raccomandare; tranne che oggi noi abbiamo allargato il campo della terapia; e ricordandovi quello che vi dissi del processo curativo, dei metodi in genere, io vi farò osservare che noi non possiamo in certe malattie ribelli, difficili a curarsi, fermarci ad una sola sostanza che abbia il potere specifico, noi dobbiamo tracciare un metodo razionale che risponda ad indicazioni diverse: per l'ozena nulla di più vero, nulla di più esatto. L'aver invocato altri aiuti nella cura di così difficile morbo, non si deve già tradurre per un voto di sfiducia al calomelano, che ha fatto di sè ottima prova. Badate che io proponeva *sempre* il calomelano contro l'ozena (inteso nel concetto come ve l'ho presentato), non già *qualche volta*, come voleva il Trousseau, il quale aveva intravisto l'importanza di un preparato mercuriale nelle pretese forme sifilitiche.

Il iodoformio attirò, dopo il calomelano, seriamente la mia attenzione; ed io scelsi taluni casi concludentissimi, sperimentando sui quali avessi potuto formarmi un concetto preciso del suo modo di azione. Debbo dirvi che forse per l'azione della polvere come tale, indipendentemente da quella del farmaco, io non notai l'immegliamento che me ne aspettava; però, prima di rinunciare ad un farmaco così prezioso, che ci veniva raccomandato con tanto calore per la sua spiccata virtù in altri processi,



io deviai alquanto nell'applicazione, e mi servii della pomata. Per nascondere il cattivo odore, che voi sapete quanto sia molesto, ricorsi dapprima al balsamo peruviano, e poi, quando dallo Schiff sapemmo della benefica azione della cumarina, a questo principio della fava tonka.

Attualmente seguito a prescrivere:

Vasellina bianca.	. . . . .	grammi	15
Jodoformio	. . . . .	»	1
Cumarina	. . . . .	centigrammi	25

da farne una pomata che l'infermo spalma col mignolo, nelle ore della sera, all'orificio delle narici, procurando di praticare dopo, profonde inspirazioni. L'azione del iodoformio mi è apparsa benefica assai, per distaccare essudati cotanto tenaci; e, anche nelle forme di cronica rinite con produzione di croste, questo potere, da parte del iodoformio, non si smette. Ciò per farvi riflettere che io non accordo al farmaco in discorso una virtù specifica parassitica, modificante (per dire una parola più generica), ma un'azione sintomatica marcatissima, soprattutto quella dissolvante degli essudati.

Zaufall e Gottsteins i quali s'incaponiscono a trovare nello slargamento delle cavità nasali, congenito od acquisito, la causa dell'ozena, ricorrono ad un espediente, che in buona patologia ed in buona logica ha tutta l'apparenza della verità; essi cioè si sforzano, zaffando il naso con tamponi di cotone, di ridurre le vie nasali troppo ampie; ed allora l'aria espirata, trovando maggiore attrito, può liberare la mucosa dal secreto tenace che vi aderisce. Il tampone di cotone, nel naso, potrebbe agire come la tela impermeabile sulla superficie esterna del corpo, promovendo un'abbondante secrezione, favorendo il distacco delle croste e degli essudati rappresi, come un cataplasma tiepido. Che anzi il Fournié usa, invece del cotone semplice, quello fenicato, proponendosi di paralizzare l'azione di questo fermento o di questi parassiti, che egli intravede come causa possibile dell'ozena. Si fanno piccoli rotoli di cotone idrofilo, che delicatamente si portano sul pavimento delle fosse nasali, mediante lunghe pinzette, e si lasciano in sito per ore o per giorni. Quando il dottor Schmiegelow, di cui vi ho parlato, visitò il nostro dispensario, ci disse che a Copenaghen questa medicazione rispondeva bene; ma per conto mio, io che ho in cura per lo più gente meridionale, il che significa gente eretistica, non ho avuto molto a lodarmi di questo processo, sia perchè dopo breve tempo gl'infermi erano obbligati a tirar fuori lo zaffo, sia perchè anche in coloro che sopportarono l'applicazione per più ore, io non vidi quei vantaggi che erano da aspettarsi. E però, prima di rinunciare interamente ad un metodo curativo, che ha



il visto di uomini competenti, noi abbiamo il dovere di non perderlo di occhio; e se nella vostra pratica ci saranno casi ostinati, nei quali l'ordinaria medicazione non si mostra efficace, tentate anche il cotone di Gottstein o di Fournié, il cotone semplice o fenicato.

Voi conoscete che Rouge e Bardenheuer sono autori di certi mezzi chirurgici energici, coronati da pieno successo, e celebrati in certi trattati. A vero dire non so con quanta ragione: perocchè, se ormai si è di accordo sul concetto anatomo-patologico e patogenico dell'ozena, io non comprendo come nella cura di un catarro specifico possa entrare di mezzo la resezione delle ossa, l'eliminazione dei sequestri o il raschiamento col cucchiaino tagliente. Se non posso negare che l'alterazione grave delle ossa, la carie, la necrosi, l'infiammazione suppurativa dei seni, sono altrettante cause di fetore, forse anche più grave di quello dell'ozena, questo è un quadro morboso che noi sin da principio abbiamo perfettamente eliminato dal concetto dell'ozena, e discorrerne, a proposito della cura di questo, significa commettere uno sbaglio di luogo. Noi non possiamo negare che questi processi operativi riescono a risultamenti splendidi, ma li lasciamo a quei chirurghi i quali si occupano di una cura seria e difficile contro una lesione ossea. Quando avrete riconosciuta perfettamente un'alterazione dei seni mascellari, dei seni frontali o dei seni sfenoidali, a voi il compito di decidervi per un processo operativo o per un altro che non è sempre innocente; giacchè da coloro stessi che se ne sono fatti propugnatori, sono registrati casi di morte per flebite suppurante od altro; allora voi vedrete che è facilissimo scoprire i seni frontali incidendo tra le sopracciglia; sentirete che il processo di Rouge, il quale si riduce ad aprire una ampia via per le fosse nasali incidendo nel solco gengivo-labiale, mentre si solleva in alto il labbro superiore, è un processo ottimo, non solo per togliere sequestri delle varie parti ossee che compongono lo scheletro del naso, ma per polipi che hanno impianto su queste medesime sedi, per certi tumori che mandano prolungamenti negli antri e nei seni: sono però fuori posto a proposito della cura dell'ozena, e mi meraviglio come possa seguitarsene a parlare da coloro che convengono nel concetto da noi espresso, e sostengono con tutte le forze che l'ozena non è se non un catarro, scevro da ulcerazione della mucosa, e molto più da lesioni delle ossa.

Prima di accennarvi qualche cosa sulla cura dell'ozena faringeo e laringo-tracheale, e sull'opportunità o meno della cura generale, io voglio farvi una sintesi del metodo di cura che noi adottiamo.

1) La dilatazione delle vie nasali ha bisogno di speciale indicazione, ed è utile quando vi è in realtà stenosi; inutile nella maggioranza dei casi, quando invece vi ha catarro secco rarefaciente. Il miglior mezzo per fare codesta dilatazione è l'uso delle docce di aria compressa; in mancanza, l'uso delle candelette molli, cedevoli, semplici o medicate.



2) La seconda indicazione costante, che forma parte essenziale del trattamento, tuttochè di ordine sintomatico, è la lavanda, la quale va fatta generosamente, con acqua tiepida, medicata a preferenza col sale di cucina, o semplicemente con acqua marina. L'infermo pratica le dette lavande con la doccia del Weber, mattina e sera, con le precauzioni che vi ho detto dover far valere nell'uso di questo irrigatore.

3) Se l'infermo non può seguire il trattamento sotto la vostra direzione, egli pratica una volta al giorno l'iniezione, mediante il medesimo irrigatore, con una soluzione di resorcina, due o tre grammi per 500; e se può recarsi nel gabinetto del medico, voi praticate le polverizzazioni con la medesima soluzione più concentrata, all'uno per cento, o le irrigazioni con la siringa retro-faringea del Fauvel.

4) Dopo ciascuna lavanda, la mattina e la sera, l'infermo fiuta come tabacco da naso un poco di polvere di calomelano, unito ad una o due parti di zucchero, essendo questo rimedio preferibile a tutti gli altri dei quali vi ho discusso.

5) Inoltre, nelle ore della sera, prima di andare a letto, si faccia applicare mediante il mignolo dell'infermo un po' della pomata di vassellina, jodoformio e cumarina.

Or se ci sono altre **complicanze**, supponiamo le vegetazioni adenoidi verso l'orifizio posteriore delle coane, voi siete autorizzati ad esciderle; se ci è dacriocistite, a curarla. Ma, paragonando il metodo che vi ho esposto con tutti gli altri che ci sono venuti da tempi remotissimi e recentissimi, senza prevenzione di sorta, posso assicurarvi che esso è il preferibile. Se troverete infermi che eseguiranno strettamente le vostre prescrizioni, se non vi stancherete, voi raggiungerete successi insperati. È necessario quindi raccomandare ai pazienti lo stretto adempimento di quello che vi ho esposto. Se la lavanda è scarsa; se la lavanda non è fatta con un irrigatore che porta a contatto di tutta la mucosa il liquido medicinale; l'indicazione resterà vera, ma il risultamento sarà nullo. E, se non avrete cura di prevenire fin da principio l'infermo che il trattamento sarà lungo, protratto per mesi, e forse per anni, voi rischierete di perdere il cliente, il che non sarebbe gran danno; ma vi vedrete compromessi nel vostro amor proprio. Quando facciamo precedere dichiarazioni esplicite, quando teniamo il linguaggio della verità, che nell'ozena non è per buona ventura di assoluto rigore, giacchè i risultamenti sono soddisfacenti, noi ci conciliamo l'affetto degli ammalati, perchè la verità fa sempre piacere a sentirla, e perchè il cliente indovinerà che voi avete pratica ed esperienza della sua malattia presagendo il lungo periodo di tempo necessario per curarsi.

Allorchè l'ozena si estende alla **faringe**, le polverizzazioni con sostanze alcaline e disinfettanti sono molto a proposito per correggere l'aridità. Ricordatevi della tintura di capsici che tanto usiamo nelle forme secche della faringite, in soluzione dell'uno per 30 o 40 di glicerina.



Quando la malattia ha sede nella *laringe* o nella porzione più alta della *trachea*, noi dobbiamo insistere sulle polverizzazioni a vapore di sostanze alcaline, per correggere specialmente quella dispnea intermittente, quelle ricorrenti forme asmatiche; e poi possiamo insufflare direttamente il calomelano, o portare il iodoformio sospeso nell'etere come pratichiamo per altre manifestazioni più gravi.

Arrivo ora ad una considerazione di ben alto rilievo, quella cioè relativa all'opportunità della *cura generale*.—Signori. Se io vi ho fatto intravedere che l'ozena è una malattia locale, e molto probabilmente di natura parassitaria, se ho combattuto con la citazione di fatti il concetto che la costituzione scrofolosa fosse l'elemento *sine qua non*, io avrei argomenti sufficienti per dirvi che di cura generale non è a parlare. Ma noi non possiamo dimenticare che certi processi morbosi localizzati si perennano, quando si svolgono in organismi nei quali i poteri fisiologici languiscono. Così per l'ozena; noi dobbiamo ammettere un dissesto molecolare che si esplica sopra una mucosa, sopra un punto determinato, ma che riconosce un perturbamento chimico intimo che a noi sfugge. Migliorare le condizioni dell'organismo, con quei farmaci che hanno un'azione tonica ricostituente, non può sembrarvi illogico. Voi già intravedete tutto il beneficio che possiamo sperare nella cura generale dai preparati marziali e principalmente dai preparati iodici. Posso con sicurezza affermare che quante volte il trattamento locale sarà congiunto all'uso moderato, regolare, del ioduro di ferro, sia sotto forma delle famose pillole del Blancard, sia dei tubi del Favilli, sia, nei bambini, sotto forma di sciroppo iodo-ferrato del Lebert, voi sarete colpiti da una rapidità di miglioramento, quale invano avrete ad attendere negl'individui che praticano la sola cura locale, o nei quali questo trattamento generale ha da lottare con una forma di scrofola torpida, o con pessime condizioni igieniche nelle quali vive la gente povera. Accanto a questi rimedii interni, io non so trattenermi dal dirvi che i bagni marini esercitano favorevolissima influenza. Convien consigliarne di molti, di breve durata, e raccomandare che anche durante il bagno si facciano delle inspirazioni con la stessa acqua. La cura dei bagni marini può essere favorevolmente coadiuvata da quella delle acque solfuree. Voi sapete quali sono le mie convinzioni, e neppure lontanamente sospettate che io qui voglia alludere alla famosa diatesi erpetica, che è un mito per noi seguaci del moderno anatomismo. I bagni solfurei naturali, specialmente quelli freddi, come ne abbiamo un classico esempio nelle acque di Telesse e dello Scrajo presso Castellammare, ridanno il tono ai tessuti che languiscono sotto l'influenza malefica di un processo patologico. Non solo nell'ozena, ma anche in certe forme torpide di sifilide dell'istmo delle fauci, io ho visto vantaggi senza pari dall'uso di questi bagni. Le sorgenti solforose



estere sono a noi note, forse meglio che non le nostre, ed è questo un peccato che gioverà confessare. Le nostre acque di Telesse e dello Scrajo (in queste ultime ci ha perfino qualche traccia di preparato arsenicale) sono mirabili, efficacissime come coadiuvanti la cura; e sarebbe desiderabile che sorgessero stabilimenti con tutto il *confortable* per attirare anche dall'estero quel numero di ammalati che vediamo deviare per altre strade. Come le nostre acque di Castellammare non la cedono a quelle di Vichy, le nostre solfuree non la cedono a quelle di Enghien, Caunterets ed altre stazioni estere, tedesche e francesi, nelle quali le acque solforose abbondano.

Signori. Conchiudo queste conferenze sull'ozena, augurandomi di non avere stancato la vostra pazienza, ed essere riuscito chiaro abbastanza nel raccomandarvi di fermar bene in mente le alterazioni anatomiche vere, essenziali della malattia, acciò non abbiate mai a deviare nella pratica. Conchiudo col raccomandarvi la cura locale e generale, delle quali vi ho tenuto parola, e specialmente col pregarvi di non dimenticare il pronostico riservatissimo che dovete fare, se non relativamente al processo morboso, relativamente al tempo che vi occorre per curarlo.



## LEZIONE VENTICINQUESIMA

### Fibroma della faringe.

**Sommario.** — Storia dell'infermo — Si notano principalmente disturbi nella fonazione, nella respirazione e nella deglutizione — L'esame laringoscopico fa notare nella parete posteriore della faringe una neoplasia — Caratteri — Rarità di siffatte osservazioni — Neoplasie a piccole dimensioni (faringite villosa, faringite leucemica, vegetazioni adenoidi) ed a grosse (fibromi, cisti, encondromi, sarcomi, carcinomi) — Diagnosi differenziale — Storia di alcuni casi del genere — Pratica personale — Prognosi relativa alla cura — Guarigione spontanea — Demolizione del tumore — Cauterizzazione galvano-caustica — Perchè in questo caso gli altri metodi non sono preferibili a questa. — Come agisce il galvano-caustico.

SIGNORI,

Voi conoscete bene quest'infermo, ed è appunto perciò che credo utile presentarvelo, onde completare il nostro giudizio diagnostico, ed esporvi quei criteri i quali possono esserci di guida in ulteriori investigazioni. Aggiungete che il caso appartiene ai rarissimi, sia per la forma, sia per la natura, sia per la sede del tumore.

È un tale Antonio Fascitelli, di Palazzo S. Gervasio, di anni 45, ammogliato, senza figli. Non ha alcun precedente di eredità che sia degno di nota. Non ha sofferto pel passato nessuna malattia, tranne dieci anni or sono, tosse ed affanno, probabilmente per catarro bronchiale, dappoichè (lo dico anticipatamente) oggi noi non troviamo nulla che potesse spiegarci l'affanno sofferto, e le alterazioni funzionali di cui si lagna si debbono riferire ad altro fattore. Cinque anni addietro, egli racconta che dopo aver mangiato cibi forti ed irritanti, e bevuto molto vino (del quale pare fosse abbastanza tenero), avvertì un bruciore verso il lato destro del collo a livello della tiroide. Da quel momento si appalesò una certa difficoltà nell'inghiottire i solidi. Come voi vedete dall'anamnesi, il primo fenomeno che ha colpito l'infermo è stato la disfagia; dopo, una sensazione molesta, dolorosa, verso il lato destro; e poi in ultimo una difficoltà nel respiro.



Da quello che già sapete dalla diretta ispezione, noi dobbiamo argomentare che la lesione anatomica si svolgesse da qualche tempo, e forse lo stimolo sopraggiunto dovette destare l'incendio, dovette essere quel grano di sabbia che fece traboccare la bilancia, e rese avvertito l'infermo di un'affezione piuttosto seria che lo affliggeva. La lesione fu caratterizzata dai medici ora come raffreddore, ora come un processo infiammativo, e fu curata come tale.

Queste notizie anamnestiche sono state raccolte dall'egregio amico nostro, il dottor Lepore, che con tutta diligenza ha cercato rintracciare nel passato dell'infermo le cose che potessero interessarci, ed io colgo la occasione per ringraziarlo pubblicamente.

Il nostro malato durò in tale stato per circa tre anni, tranne quelle leggiere oscillazioni nella intensità dei sintomi, specialmente la disfagia e la dispnea che dominavano la scena. Due anni fa, per cinque o sei mesi egli si accorse di un notevole miglioramento, cioè non avvertiva più così forte il senso di bruciore, nè così continuo, e la respirazione e la deglutizione divennero relativamente migliori; ma persisteva il senso di un corpo estraneo che si fosse fermato all'istmo delle fauci. A questa miglioramento succedette un periodo di aggravamento; quello che continuandosi fino ad oggi, lo ha menato a noi.

Anzi, nel dicembre ultimo, tutti i sintomi (bruciore, dispnea, disfagia) si aumentarono, ed egli venne molestato dal rigurgito dei liquidi pel naso.

Sullo stato attuale dell'infermo non ho che poche cose a dirvi. Egli è di una costituzione piuttosto discreta; è dimagrato però, e di questo fatto possiamo renderci conto quando pensiamo alla difficoltà con cui si alimenta. La respirazione nello stato attuale è laboriosa; e noi, quando egli inspira profondamente, sentiamo uno stridore, se non marcato, tale però da non ingannarci sulla forma. Se egli parla, se si agita, se sale le scale, la difficoltà alla respirazione, e con essa lo stridore aumentano. Ma, come succede in tutte le condizioni del genere, cioè in tutte quelle lesioni anatomiche che si annidano alla periferia della laringe, quando la respirazione si rallenta (per esempio nel sonno, fisiologicamente), lo stridore cresce; ed egli ha *saputo* che riusciva molesto ai vicini, perchè l'ha udito dire, e nella locanda medesima è stato fatto segno ai rimproveri di quelli che dormivano a lui vicino.

La disfagia, presentemente, domina la scena. Il paziente, che ha buonissimo appetito, deve durare una lotta per ingoiare cibi solidi; il pane specialmente gli è impossibile deglutirlo; se si sforza a farlo, è obbligato a cacciarlo fuori. Or, poichè le forze contrattili dei muscoli della deglutizione sono integre, certe volte alcune particelle di alimento rigurgitano pel naso. Ma, se insistete per sapere qual'è la sostanza che meglio deglutisce, egli vi risponde chiaramente: i liquidi; e noi che conosciamo quali sono le condizioni locali, ci rendiamo perfetto conto della cosa.



Richiamo pure la vostra attenzione sul timbro della voce, la quale è sonora, ma ha un carattere gutturale, qualche cosa che si avvicina al timbro nasale, ovvero a quello che la voce assume quando ci ha enorme tumefazione delle tonsille od infiltrazione del velo.

L'esame obbiettivo, relativo ai rimanenti organi, è negativo; tranne che alla percussione, lungo le linee para-sternali si rileva una sonorità accresciuta, indizio di enfisema che ha potuto aggravarsi ed è certamente mantenuto da un ostacolo alla respirazione messo al di sopra della laringe. Se ascoltate, vi accorgete che l'apparecchio bronco-pulmonare è integro; ma si avverte un russo che è propagato dalla stenosi che esiste in un punto più alto. Se ispezionate le fauci, anche tirando fuori la lingua con forza, non vedete nulla; ed è solo deprimendo fortemente la base della lingua, mentre la si tira fuori, che si giunge a scoprire qualche cosa.

Invece, applicando lo specchio, voi avete subito la chiave di tutta la sindrome fenomenologica.

L'ispezione laringoscopica ci fa rilevare una neoplasia a superficie levigata, rosso-pallida, splendente, solcata alla superficie da molti vasettini varicosi, la quale, di forma ovoidale molto allungata, occupa tutto lo spazio del tratto laringeo della faringe. Quando voi vi fate a studiare i limiti della neoplasia, vi accorgete che durante l'atto inspiratorio essa subisce una certa depressione, ed è leggermente sollevata in alto nella susseguente espirazione: voi vi accorgete che l'epiglottide, nella sua superficie interna o laringea, rimane perfettamente libera, e riesce, a sinistra, con un poco di studio, riconoscere il ligamento ari-epiglottico omonimo che appena lambe la neoplasia; a destra invece questo non è possibile, ma tutto il tumore è disposto in modo che, partendo dalla superficie posteriore del tratto laringeo della faringe, procede in avanti tanto da lasciare appena verso sinistra un piccolo spazio, attraverso cui circola l'aria che fa vivere il paziente. Il tumore non raggiunge ancora l'epiglottide, la quale è normalmente un po' sollevata verso la base della lingua; offusca tutta la cavità laringea, onde non è possibile minimamente esplorarla. Continuando in questo studio, voi potete eziandio accorgervi che il tumore ha larga base, e l'impianto è fatto nella parete posteriore e laterale della faringe; forse anche il ligamento faringo-epiglottico destro non dev'esservi estraneo.

Praticando l'esplorazione col dito, che raggiunge bene la neoplasia, si è colpiti da una elasticità, la quale mentisce la fluttuazione. Io ho praticato una puntura esploratrice, tanto fui impressionato da questa sensazione. Però questa puntura non ha dato risultamento alcuno, ed abbiamo potuto convincerci che si trattava di una neoplasia, in cui un liquido incistito è perfettamente assente.



Che si tratti di un tumore, non è mestieri discuterlo più a lungo; a noi, che dobbiamo serbare un indirizzo positivo per la cura, preme sapere la natura di questa neoplasia; la quistione diventa tanto più importante, quando ci facciamo a considerare la rarità dei casi del genere. Per vero, se vi date la pena di riscontrare i trattatisti, specie Ziemssen, specie Mackenzie, o Wendt, che è l'autore di un bellissimo articolo nell'Enciclopedia dello Ziemssen, troverete confermata la rarità più o meno relativa dei tumori della faringe. La cavità naso-faringea è ampia per dimensioni, è importantissima per struttura e funzioni. Noi, in tesi generale, possiamo distinguere una porzione nasale della faringe da una porzione orale e laringea; ma dal punto di vista fisiologico, la cavità faringea può dividersi in due: la porzione del tratto respiratorio e quella del tratto digerente. Non solo questo ci viene imparato dalle funzioni cui è deputata la faringe, ma dalla struttura anatomica che varia notevolmente. Così è risaputo che nel tratto respiratorio l'epitelio è a cigli vibratili, mentre è pavimentoso nella porzione digerente; così è risaputo che alla base del cranio, al fornice, vicino al setto delle coane, nelle fossette di Rosenmüller, e sulla parete laterale di questa porzione respiratoria, vi ha un gran numero di glandole mucose che sono di quelle ordinarie od a grappolo, ed invece, nella porzione orale e nella laringea, vi sono follicoli semplici che occupano gli strati immediatamente sottoposti alla mucosa, più superficialmente delle glandole mucipare. Al di sotto della membrana, ricca di glandole, esistono pochi tessuti, i tessuti prevertebrali, i muscoli, e le ossa, onde ci rendiamo conto del perchè la genesi di neoplasie in questa sede sia infrequente, e della ristretta sfera di quelle che finora sono state osservate.

Dal punto di vista clinico, dobbiamo distinguere le neoplasie che si originano nella cavità naso-faringea e quelle che hanno sviluppo nella porzione più bassa; potremmo, seguendo un indizio tutto pratico, separare le neoplasie a piccolo volume da quelle relativamente grosse. Per esempio, è stato osservato che dai lati dell'amigdala, dalla superficie posteriore del velo (che è pur essa ricca di glandole), dalla parete posteriore, possono originarsi dei papillomi i quali, se pigliano un aspetto diffuso, danno alla faringe il carattere villosa, e da questo la denominazione di *faringite villosa*, cui allude il Wendt. Altre volte si tratta di piccoli tumoretti, che si sollevano al di sotto della mucosa, rossi, splendidi, di consistenza midollare: i così detti *tumori leucemici*, la così detta *faringite leucemica* del Mosler; e quando vi ha ipertrofia ed iperplasia del ricco tessuto citogeno che costituisce la tonsilla faringea di Luschka, o sulle pareti laterali ipertrofia delle glandole acinose, abbiamo quella forma di vegetazioni adenoidi che il Meyer di Copenaghen ha così bene illustrata, e che è comunissima nei paesi del Nord, dove



vi ha grande umidità atmosferica. I tumori di grossa mole, invece, non possono essere che fibromi, encondromi, sarcomi e carcinomi, e di questi non è stato osservato che il cancro epiteliale ed il carcinoma midollare. Voi però intravedete subito che è difficile separare nettamente i tumori che si sviluppano nella cavità naso-faringea, da quelli che possono aversi nel tratto inferiore, nel senso che certe volte la neoplasia si origina in alto e poi discende giù, ed il clinico che si fa ad osservarla, non può dire se sia dal tratto digerente della faringe o da quello nasale che si è sviluppata; specialmente per gli encondromi e pei sarcomi, nei quali ha luogo questa diffusione. Ma, poichè la struttura anatomica di codeste regioni è differente, noi possiamo spiegarci perchè talune varietà si osservano in una sede, e talune altre in un'altra.

Per ritornare al caso nostro, noi qui non potremo procedere che ad una diagnosi differenziale abbastanza limitata, tenendo conto della sede e del volume della neoplasia. Possiamo subito scartare il carcinoma; il decorso è abbastanza lungo, e non dico che un sarcoma non possa protrarsi per tanto tempo, ma dopo un periodo di cinque anni (da cui probabilmente si è originata questa neoplasia), noi dobbiamo argomentare un decorso innocente, e del tutto scevro da fenomeni collaterali. Le comunicazioni coi linfatici sono in questa regione ricchissime, e voi avete sempre a notare, quando la neoplasia è a rapida evoluzione, considerevole ingorgo dei ganglii latero-cervicali e sotto-mascellari. Dippiù, basta ricordare l'aspetto del tumore, la levigatezza della superficie, e anche un po' la consistenza, per essere certi che non abbiamo a fare nè con un papilloma, nè con un cancro midollare e neppure con un sarcoma. Che non sia papilloma, ce lo dice la ispezione; il papilloma è villosa, a cavolfiore, frangiato, mai uniforme ed unico come quello che vediamo. L'encondroma si scarta con la sola esplorazione digitale. La resistenza dell'encondroma è molto caratteristica. Io però vi ho detto che sospettai una cisti, in quanto che ammettendo come punto di partenza parziale il ligamento faringo-epiglottico, era questo un altro criterio di verosimiglianza. Non ho pensato ad un ascesso retro-faringeo, giacchè i caratteri proprii mancavano del tutto; specialmente negli adulti è sempre alla cagione primitiva che dovete rivolgere la vostra attenzione; l'esplorazione è stata negativa anche da questo punto; con una puntura non ritirammo goccia di liquido. Dobbiamo necessariamente ammettere un fibroma; diagnosi che era stata già fatta dal medico del suo paese. Sicchè possiamo formulare così il nostro giudizio: «fibroma della porzione bassa della faringe, di forma ovoidale, di dimensione colossale, il quale partendo dalla parete posteriore e laterale della faringe, tende ad occupare il lato opposto, e copre e nasconde l'intera laringe».

Per completare un po' meglio lo studio relativo ai tumori della fa-



ringe, io ho il dovere di aggiungere qualche altra rara osservazione che trovo registrata nel Mackenzie; per esempio, tumori peduncolati di mole considerevole, che, cadendo giù nell'esofago, certe volte sotto violenti sforzi di tosse sono cacciati in avanti; uno del genere era, eccezionalmente, un lipoma; fu osservato in un vecchio di 80 anni che morì di soffocazione. Tumori egualmente peduncolati si osservano tanto più di rado, che sono conservati nei musei, e in quello di Londra appartenente al *Royal College* ve ne sono due bellissimi esemplii. I quali fatti provano sempre più la infrequenza di questi tumori, l'importanza di codesti studii, e giustificano perchè ho creduto opportuno richiamarvi sopra la vostra attenzione.

Per venire, ora, alla pratica mia personale, debbo dirvi che i tumori faringei occupano pure tra le mie osservazioni un posto infimo. Fra quattro o cinque casi che ricordo, ve ne cito due classici, nei quali il tumore assumeva una pigmentazione tale, da ricordarmi il cancro melanotico. In un individuo si trattava di una forma infiltrata, che invadeva tutta la parete posteriore della faringe, dal tratto nasale fino alla laringe; in un altro, di giovane età, si trattava di un tumore probabilmente fibromatoso; alla superficie presentava un marezzamento tale, da richiamare subito alla memoria l'aspetto del fegato. Vi cito questi fatti per concludere che non è improbabile che pei tumori della porzione bassa della faringe vi sia una speciale tendenza alla pigmentazione, e sarà bene continuare gli studii per vederne le ragioni.

La diagnosi è facile nel caso presente; un medico intelligente, quale è quegli che ci ha indirizzato l'infermo, anche senza il laringoscopio l'ha fatta nella sua integrità; nella lettera a me diretta, il mio collega con sicurezza ammette precisamente un tumore della grandezza di un uovo di pollo, che al colorito, alla consistenza, alla sede egli giudica un tumore fibroso. Neppure avrem bisogno di perdere molto tempo per spiegare uno ad uno i sintomi funzionali, poichè l'ostacolo materiale, il tumore, n'è la causa unica. L'aria penetra a stento, e l'infermo respira male; la voce non trova spazio ove risuonare e piglia carattere gutturale; gli alimenti si fermano su quella enorme barriera, ed o sono cacciati fuori, o filtrano a stento nell'adito. I liquidi, che più volentieri si adattano a quell'angusto passaggio scendono meglio, ma quando ne scappa goccia entro la laringe, succede tosse. Invece è la quistione pronostica e terapeutica che deve più da vicino interessarci. Naturalmente il criterio pronostico si confonde con la cura, in quanto vi resta del tutto subordinato. Noi potremo vedere quale esso sia, dopo che avremo analizzato i mezzi che sono a nostra disposizione.

Prima di mettervi davanti le possibilità curative, i mezzi che potremo adoperare, io voglio farvi notare un fatto curioso registrato da uomini



competenti, cioè, la naturale e spontanea guarigione di certi tumori della faringe e della cavità naso-faringea. I francesi, che sono eminentemente pratici, che conservano uno spirito di associazione superiore a quello che regna fra di noi, registrano minutamente ogni osservazione, ci hanno fatto sapere che tra varii casi giudicati serii, gravi per l'impianto della neoplasia, per le possibilità delle emorragie, ve n'erano taluni nei quali la guarigione era accaduta spontaneamente dopo alcuni anni, ed era stata constatata da coloro medesimi che avevano osservato gl'infermi la prima volta. Aggiungo subito che queste guarigioni insperate, questi miracoli della scienza, non riguardano se non individui di giovane età, e forse le continue metamorfosi organiche che hanno luogo in un organismo in cui la vita è attivissima, in cui i poteri fisiologici sono floridi, ci ponno render conto di una metamorfosi regressiva degli elementi istologici che formano questi tumori. Dopo cinque anni, in un individuo che oggi ne conta quarantacinque, con fenomeni che minacciano assai da vicino la sua esistenza, noi non potremo sperare in una guarigione spontanea, nel miracolo, e siamo autorizzati ad intervenire.

L'indicazione che naturalmente si presenta è quella di demolire il tumore; dico demolire, giacchè voi indovinate che noi potremmo asportarlo in totalità o distruggerlo in sito; potremmo tagliare alla base questo tumore, potremmo strozzarlo con un'ansa rigida od incandescente. La larga base, l'essere il tumore non peduncolato (il che nel caso attuale è una fortuna perchè non gli minaccia, come il potrebbe, soffocazione), ci fanno distogliere dall'idea di poterlo escidere con una pinza; voi avete già osservato quanto vascolare ne sia la superficie, e non ignorate che i fibromi di questa sede, specialmente verso il punto d'impianto, presentano sempre vasi voluminosi e numerosi che s'incaricano della nutrizione, onde le emorragie sono tanto a temersi. Perfino in quella donna che frequenta il nostro dispensario, nella quale abbiamo riconosciuto un fibroma del fornice, noi abbiamo creduto prudente deciderci ad un metodo di cura abbastanza sicuro. Dato che per favorevoli circostanze, avendo una clinica e letti a nostra disposizione, ci fossimo prefissi un metodo operativo che sarebbe stato certo assai splendido, dando agio di metterci sotto gli occhi questa enorme neoplasia, noi avremmo avuto il dovere di prevenirci contro le emorragie e l'asfissia; giacchè distaccato il tumore dalle sue inserzioni, con tutta probabilità sangue, e forse il tumore stesso, cadendo sull'orifizio laringeo, avrebbero potuto essere causa di un accidente deplorabilissimo. Noi avremmo dovuto senza discussione praticare prima la tracheotomia preventiva, servirci della cannula tampone del Trendelenburg, e poi, con l'ansa galvanica o con lo schiacciatojo lineare escidere in una volta questo enorme tumore, dopo



aver bene assicurata la respirazione ed abituato il paziente. Che cosa sia la tracheotomia, voi già lo conoscete; una operazione piena di pericoli, indipendenti dall'abilità di chi opera; una operazione che anche fatta con garbo, con pazienza, non ci avrebbe distolto dal dissimulare a noi ed all'infermo gl'inconvenienti che si potevano parare dinnanzi.

Ora, lasciando stare le condizioni in cui si trova il nostro dispensario, e considerando da vicino questi pericoli, non darestes voi cento volte la preferenza ad un metodo curativo il quale, benchè più lento, ci assicuri della completa riuscita? Tra il dubbio di potere asportare per intero il tumore per le vie naturali, e le grandi probabilità di distruggerne fin la più piccola parte? Tra le difficoltà di aprire una larga breccia (faringotomia), e la sicurezza di un metodo innocente ed ovvio? Io credo che nessuno di voi biasimerebbe questa determinazione, se noi la prendessimo, come l'abbiamo presa; e sono lieto di aggiungere che dopo due sole cauterizzazioni praticate mediante la galvano-caustica, due cauterizzazioni fatte con coltellino a freccia che ho avuto cura d'immergere profondamente nel tumore, noi possiamo con evidenza constatare una diminuzione nel volume; e l'infermo, che è abbastanza pessimista (perchè i risultamenti non sono pronti come li desidererebbe), alle nostre interrogazioni ha finito per rispondere che questo immegliamento egli l'ha egualmente constatato. Dunque la via a seguire ci è razionalmente segnata, e ci è anche segnata dall'esperimento che ha fatto buona prova; distruggere in sito il neoplasma mediante la galvano-caustica, la quale nel caso presente è scevra da qualunque inconveniente. Potendo noi agire direttamente sul tumore, lontano dai tessuti sani, non abbiamo a temere reazione di sorta, edema collaterale, o altri fatti che mettessero l'infermo in pericolo; e dato che lontanamente questo accadesse, allora la tracheotomia rimedierebbe a tutto. Ma ci è una cosa che mi preme di farvi riflettere. Qui la cauterizzazione ci giova meno come mezzo distruttivo, più come mezzo elettrolitico.

Se non fossero incoraggiantissime le risultanze ottenute nell'altra inferma a cui allusi, affetta da fibroma della base del cranio, basterebbe la notevole diminuzione raggiunta in due sedute: spiegare il modo onde l'elettricità ha agito non si può altrimenti. Proseguiremo per questa stessa via; e, se fortuna ci arride, se noi arriveremo a ridurre tanto il tumore, da poterne bene vedere l'impianto, ed assicurare la permeabilità parziale della laringe, forse allora sarà il caso di ritornarvi sopra, e procedere all'ablazione del tumore mediante un'ansa galvanica, una pinzetta o lo schiacciatojo, se il peduncolo fosse così piccolo da prestarsi a questa applicazione. Le sedute galvano-caustiche si debbono ripetere ad intervalli, cioè dopo un tempo necessario perchè si spieghi l'azione elettrolitica; ma l'infermo oggi è in tali condizioni, da prestarsi ad una terza causticazione, che farò in presenza vostra.



## LEZIONE VENTISEESIMA

### Due tracheotomie per crup.

**Sommario.**— Giustifica della lezione.— Storia dei due infermi, delle operazioni e degli incidenti occorsi.— Considerazioni cliniche.— La difteria è il crup.— Ragioni che lo dimostrano.— Perchè si è preferito il metodo di Saint-Germain.— Osservazioni sugl' incidenti.— Cure consecutive da prestare ai tracheotomizzati, e loro importanza.

SIGNORI,

La morte ci ha fatto in questi giorni una dolorosa sottrazione; quella di un bambino, affetto da crup, che io aveva operato di tracheotomia, e che tanto mi premeva di presentarvi, insieme a quest'altro che voi avete davanti. Le circostanze nelle quali praticai l'operazione, gli accidenti che si svilupparono e certe curiose coincidenze, non fanno che mettere il suggello alle considerazioni cliniche che io vi feci nelle non brevi conferenze sulla difteria e sul crup. Onde nel desiderio di fissar bene nella vostra memoria molte delle cose che già vi esposi, tengo a fare oggi una sintesi relativa ai sintomi, all'atto operativo ed alla cura consecutiva che convien fare di malattia così difficile e ribelle.

**Storia.**— Poichè, come vi ho detto, ne abbiamo perduto uno, io di questo vi farò la commemorazione. Era un ragazzo di tre anni e quattro mesi, un tal Eugenio Destito, robusto, figlio di un sarto, che da otto giorni presentava sintomi di catarro laringeo, quando alla tosse, alla raucedine, si congiunse una certa difficoltà di respiro, la quale in sole ventiquattr'ore raggiunse l'acme, e spinse un distinto medico mio amico che lo curava, a consultarmi sull'opportunità della tracheotomia. Vidi questo ragazzo in mia casa, con tutt'i fenomeni di laringo-stenosi avanzata: depressione della trachea, solco alla base del torace; alle fauci appena qualche punto bianco sulle due tonsille; febbricitante, con l'ansia di chi è in preda ad una respirazione laboriosa; pinne nasali in gran movimento, contrazione di tutt'i muscoli elevatori del torace. La diagnosi era chiara, e più che la diagnosi era chiara l'indicazione di aprire un



varco all'aria, varco che la laringe ricusava. Quell'essudato scarso, bianchiccio sulle tonsille, la notizia anamnestica dei sintomi catarrali precessi, bastavano per far esagerare le nostre induzioni sino a credere ad un crup, e non ad una laringite stridula. Se anche i caratteri della tosse, la rapidità del decorso avessero eccitato nell'animo nostro dei dubbii, noi non potevamo conservarne nessuno relativamente a cura; dovevamo operare. Consigliai che il bambino fosse portato in quest'ospedale, ma perchè siamo sprovvisti di sale cliniche, e la difficoltà di far ricevere un piccolo infermo di malattia infettiva non era poca, fu ricusato. Allora io alle premure del genitore che piangeva morto il suo figlio, cedetti e praticai nella sua casa la tracheotomia, il giorno 29 aprile, assistito dal medico curante signor Contuzzi e dall'egregio mio assistente signor Cicconardi. Le cose erano andate così rapidamente, che io non potetti neppure prevenire qualcuno di voi; ragione di più per tenervi questa conferenza. Il bambino avea un collo corto e grasso; l'adipe era sviluppatissimo, ed era facile intravedere che l'operazione avrebbe presentato delle difficoltà. Disposto l'infermo sul letto di operazione, fissando bene la testa e la laringe, come sogliamo nel processo Saint-Germain, tra il pollice ed il medio, dopo aver fatto il riscontro della membrana crico-tiroidea, io immersi il bisturi graduato nel punto che con matematica certezza mi segnava l'indice della mano sinistra. Ne uscì sangue, e non aria; allora compresi subito (consonamente a quello che vi dissi altra volta) che era necessità ritornare sul taglio già fatto, seguire la via tracciata dalla prima punzione, fino ad incidere la membrana crico-tiroidea, avendo già prese tutte le misure preventive relative alla esattezza della regione nella quale doveva operare. Come aveva presagito, questa seconda volta il sibilo dell'aria si fece udire. Noi sollevammo il bambino, applicammo il dilatatore e ci accingemmo alla introduzione della cannula. Ora, sebbene io abbia una certa pratica di queste cose, debbo confessarvi che in vista della grassezza del collo, la cannula provava delle difficoltà ad essere piazzata in sito, cioè la sua curvatura non giungeva a superare tutta la spessezza dei tessuti pre-tracheali, tanto più che la trachea avea posizione molto obliqua, e per la prevalente pressione dell'aria atmosferica esterna era sempre più ricalcata indietro. Questo tempo ci fece perdere qualche istante prezioso, ma non decise della sorte dell'operazione, perocchè cambiando cannula, con una più piccola, che si fece facilmente strada, noi arrivammo a tôrci d'imbarazzo, e ad assicurare per mezzo di quella la respirazione sino al quarto giorno, avendo avuto però cura di rimuoverla ogni ventiquattr'ore onde esaminare lo stato della ferita.

Le cose andavano a vele gonfie, ed io gustava già la voluttà di pre-



sentarvi questo caso fortunato; ma, elasso quattro volte ventiquattr' ore, cominciarono a manifestarsi segni evidenti di difterismo della ferita, che invadeva persino la cute esterna del collo per parecchi centimetri, e si accompagnava ad un discreto elevamento termometrico; difterismo che sulle prime mi preoccupava, ma non spegneva in me tutta la speranza di una vittoria. La necrosi dei tessuti slargò di tanto la ferita praticata, che noi vedemmo scemare le difficoltà ed i pericoli che porta con sè la eliminazione delle false membrane. La via era abbastanza larga, e non era più mestieri sorvegliare con tutta esattezza questo bambino per prevenire un possibile accidente di asfissia. Adottammo una medicazione antisettica come meglio era possibile farla nella casa di un povero artigiano; medicammo col jodoformio, qualche volta col nitrato d'argento, e costantemente sotto la nebbia carbolica. Le cose, ciò malgrado, non procedevano per bene; quello che più ci preoccupava era la febbre, che si faceva alta, si accompagnava a sintomi di leggiera paralisi dei muscoli della deglutizione, e forse del muscolo tiro-ari-epiglottico, a prostrazione dell'organismo, inappetenza, sintomi che a volta subivano favorevole alternanza, ma che poi si esageravano al punto da farci temere una imminente paralisi, una paralisi più respiratoria che cardiaca; perocchè il nostro infermo, sebbene avesse libere le vie del respiro, ansava come un individuo affetto da grave malattia polmonare; era pallido in volto e ricusava gli alimenti, e aveva un polso depressibile; così malauguratamente, al decimo giorno, con rincrescimento nostro non poco, egli uscì di vita.

Due giorni dopo, cioè il primo maggio, mi veniva portato ugualmente in casa il bambino che qui vedete, molto più fortunato del primo, un certo Antonio Lignante, di anni quattro e mezzo, che da quattro giorni presentava sintomi catarrali, tosse, raucedine, ma respirazione integra. E poi, come nell'altro caso, in breve ora i sintomi dispnoici comparvero, si pronunziarono, s'ingigantirono fino al punto che la famiglia desolata, e istruita dal curante di un mezzo terapeutico che la scienza vanta, lo portò a me perchè vedessi se era il caso della tracheotomia. Il ragazzo era nelle medesime condizioni come l'altro, aveva egualmente scarso esudato tonsillare, aveva spiccatissima la laringo-stenosi, profondo il solco alla base del torace, depressa la trachea. Gli feci seguire la stessa *via crucis* del primo; giunse all'ospedale, e non potette esser ricevuto. Stretto da sentimenti umanitarii, mi decisi a praticare in casa dell'infermo la operazione, ed ero assistito questa volta egualmente dal carissimo dottor Cicconardi e dall'egregio dottor Lepore, ai quali debbo rivolgere una parola di ringraziamento per la preziosa assistenza che mi hanno prestata.

Disposto il bambino secondo il solito, avendo egli un collo favorevole



alla manovra, incidemmo la membrana crico-tiroidea, che, come nell'altro caso, avevamo matematicamente segnata dapprima. Anche questa volta veniva fuori sangue venoso dal plesso interessato; ma l'aria non si faceva udire. Io non potevo invocare la grossezza del collo o la profondità della trachea: con l'indice della mia mano sinistra cercava di frenare mediante compressione il sangue che fluiva, ed acquistavo la certezza di aver inciso la cartilagine cricoide, perocchè avvertiva perfettamente la durezza della cartilagine nei due punti che comprendevano il mio indice. E però nel dubbio che l'incisione fosse stata praticata troppo corta, la slargai, senza però che aria passasse. Nelle condizioni in cui si trovava il bambino pressochè asfittico, questo tempo perduto poteva riuscir fatale; noi non possiamo dimenticare l'istante solenne in cui il povero ragazzo stesso ci diceva di sentirsi morire. Io d'altronde aveva la certezza di aver compita la manovra secondo i dettami della scienza. Introdussi con forza e ripetutamente il dilatatore del Trousseau, che cercai divaricare quanto più potevo, e dopo parecchie volte, potetti alfine udire un sibilo, al quale seguì l'espulsione di una grossa falsa membrana, circolare, come dito di guanto, che ci rendeva conto delle difficoltà incontrate pel contrattempo che era insorto. In quanto che, sebbene avessi divisa la cricoide, la mia cannula restava ancora tra la falsa membrana staccata ed il limite inferiore, forse ancora aderente alla mucosa; cioè io capitava in un vero cul di sacco. Nella premura di applicare la cannula, ci convenne contentarci di una piccolissima; sorvegliare attentamente il ragazzo, e dopo sedici o diciotto ore io potetti con facilità sostituirla una di argento, di grosso calibro. Un medico di fiducia della famiglia è rimasto più notti presso l'operato; il nostro Cicconardi ha avuto qualche momento brutto; essendosi trovato nel periodo di eliminazione delle false membrane, ha rimosso per intero la cannula, ha divaricata la ferita, e dopo un certo tempo ne sono venute fuori alcune. Ma eliminate queste, che erano raccolte in numero grandissimo nel primo tempo dell'operazione, si è andato avanti a vele gonfie, perchè dopo quattro o cinque giorni, non essendo surto alcun incidente, avendo noi sempre ispezionata la parte, il bambino non ebbe più febbre, mangiò con appetito, e voi lo vedete qui seduto innanzi a noi, un poco pallido per le sofferenze patite, ma in via di una guarigione tanto promettente, che facciamo i più lieti pronostici.

Quali sono le **considerazioni** che possiamo svolgere su questa tela? Comincio dai sintomi. Nelle conferenze sulla difteria laringo-tracheale io vi avea fatto notare che noi non possiamo, per la diagnosi del crup, fidare sempre sulla rapidità del corso, e soprattutto dello svolgimento dei fenomeni di laringo-stenosi. Coloro che avevano visto i due bambini, medici intelligentissimi, avevano emesso dei sospetti sulla possibilità del crup;



ma non avevano potuto affermarlo; e solo quando la malattia prendeva un decorso invadente, sol quando si pronunziarono i fenomeni caratteristici, l'esitanza non ebbe più luogo. Benchè scarso, l'essudato sull'istmo delle fauci c'illuminò molto; noi potevamo essere certi prima d'incidere la trachea, che avremmo incontrato le false membrane. Questi due bambini furono operati nel passaggio del secondo al terzo periodo, quando cioè non vi era cianosi avanzata. Ma in entrambi ho il dovere di avvertirvi che pigiando la pelle, essi non reagivano; esisteva cioè di già anestesia cutanea. Noi nelle conferenze relative a questo importante argomento, abbiamo sostenuto che il crup e la difteria fossero la medesima cosa. In quel bambino che dolorosamente abbiamo perduto, ci sono stati due fatti culminanti che provano la verità del mio asserto. Quelli che erano per l'opinione contraria, quelli che insegnavano che il crup fosse tutt'altro che la difteria, piazzavano tra i criterii differenziali questo: che cioè la difteria era contagiosa, e il crup no. Ebbene nel Destito, nel primo operato, la diagnosi di un crup primario era tipica, nessuno avrebbe potuto revocare in dubbio che lì si trattasse del così detto *crup d'emblée*; anzi quando noi incidemmo la trachea, forse nel sangue effluito non arrivammo a distinguere false membrane, onde io dubitavo perfino che non avessi operato un caso di laringite stridula. Dico ciò, per convincervi che quello era un caso classico di crup primitivo della laringe. Ebbene sapete che è avvenuto? Malgrado le nostre strette ingiunzioni per fare allontanare di casa un'altra bambina, intorno ai sedici mesi, tre o quattro giorni dopo la eseguita operazione si è sviluppato in lei, prima un essudato sulle tonsille, che ci autorizzava a far credere ad un'angina difterica, e poi i sintomi di crup fulminante, per cui non abbiamo neppure pensato a praticare la tracheotomia. Se vogliamo sofisticare, possiamo dire che i due bambini erano esposti forse alla medesima cagione morbosa; ma questa sarebbe una stiracchiatura poco giustificata, precisamente come accade per l'inoculazione dei prodotti difterici attraverso la ferita esterna.

Nell'ultimo numero di un giornale americano « Archives of Laryngology » ho letto un caso molto istruttivo. Il Lefferts, che è un dotto laringoscopista, fu chiamato per una tracheotomia di urgenza in un bambino affetto da crup. Volle prima esplorare le fauci col dito, e fu severamente morsicato dal bambino. Non avendo tempo di curare la sua piccola ferita, perchè urgeva aprire un varco all'aria, egli dovette manovrare con l'indice della mano destra a contatto dei liquidi morbosi. Qualche giorno dopo, il dito si è gonfiato, è divenuto dolente, e comparve febbre, linfangioite propagata sino all'ascella. Al quarto giorno, senza che ci fossero state false membrane sulla ferita, si svilupparono essudati difterici sulle due amigdale, con tumefazione delle glandole sotto-mascellari, febbre cre-



scente e prostrazione. Per buona fortuna il collega se l'è cavata per puro miracolo. L'unghia del dito è caduta, si è fatta una incisione, e si è curata la ferita locale come un pateruccio. Ma il caso sembra concludentissimo per provare che l'inoculazione dei prodotti difterici o del sangue dei difterici può certe volte riuscire efficace, ed io l'ho citato perchè anche nel fatto presente, noi potremmo dire che il collega operante era esposto all'azione generale del contagio. E però dovrete fare man bassa delle preziosissime notizie che egli cita per sostenere l'impossibilità di inoculazione dei prodotti difterici.

L'altra cosa che ci ha colpito nel primo operato, è stato il difterismo della ferita; false membrane grosse, e un processo necrotico all'orifizio che slargava le labbra della ferita medesima. Nè questo è tutto: sintomi di paralisi, che io volentieri riferisco al *frenico* e non al *pneumogastrico*, tanto più che l'anatomia patologica ci fa sapere che le alterazioni positive dei nervi postume di difteria, riguardano il *frenico*, e non il vago; or bene ciò prova che quando noi abbiamo davanti un crup laringeo, se non succedono sempre fenomeni identici a quelli che lamentiamo nella difteria, questo dipende da un fenomeno morboso che ammazza per la sua gravità, la laringo-stenosi. E quando portate un rimedio a questo stringimento laringeo, mercè la tracheotomia, voi date il campo alla malattia di svolgersi in tutte le sue fasi, in tutte le sue estrinsecazioni, ed osservate paralisi identiche a quelle delle forme più classiche della difteria.

Gli accidenti che abbiamo avuto a lamentare durante l'atto operativo meritano un po' di riguardo, perchè indirettamente confermano i grandi vantaggi del processo rapido, del processo Saint-Germain, del quale mi sono fatto caldo partigiano. Immaginate un po' se nel Destito avessimo dovuto procedere strati a strati, quanto tempo e quanto sangue avremmo sprecato! Noi avemmo la fortuna d'incidere in due tempi la cricoide e la trachea, e pure dovemmo sciuparne abbastanza per introdurre la cannula. In questa dura lotta, un poco di sangue che affluisce nelle vie inferiori con la stenosi in atto, risolve in asfissia letale, contro cui non farete più nulla, e ciò afferma sempre più al metodo operativo da noi prescelto il merito della sicurezza, malgrado le parvenze dello azzardo: perchè fatto il riscontro, riconosciuta la regione dove ha da cadere il taglio, possiamo ad occhi chiusi praticare l'operazione. In quest'altro bambino, il processo ci aveva mirabilmente risposto; tranne che ci trovavamo di fronte un incidente che, se non comune, non è infrequente. Nella difteria laringo-tracheale si ha per lo più estensione del processo anche al primo tratto della trachea, le false membrane si modellano a seconda delle parti su cui si attuano, e nel tubo tracheale pigliano la forma di un dito di guanto. Ecco perchè nel ragazzo che vi presento, noi, avendo incisa la membrana crico-tiroidea e forse anche i primi anelli tracheali, non avevamo potuto



tagliare la falsa membrana che cedeva; e poichè probabilmente dovea aderire in basso, la cannula restava in una sorta di saccoccia, e l'aria non passava. Quando col dilatatore abbiamo distaccato questo lembo inferiore, l'aria è passata, e noi abbiamo potuto applicare la cannula.

Occupiamoci ora delle cure consecutive che si debbono dare a questo bambino nell'intenzione di chiudere l'apertura fistolosa. Sono alcuni giorni che non rimuovo la cannula; ma a quella di argento ne ho sostituita una di vulcanite che ha due vantaggi: la cannula è mobile sulla placca, cioè non irrita la mucosa, e tiene lontana l'ulcerazione della trachea; la cannula è per dippiù fenestrata, in modo che togliendo la contro-cannula e occludendo il foro esterno, voi potete misurare il grado di laringostenosi, il modo come si corregge, e potete vedere se la colonna d'aria espirata comincia a mettere in vibrazione le corde vocali; perchè è appunto su queste due tracce, il ritorno della voce e la ripristinazione del respiro, che dobbiamo camminare per deciderci all'ablazione definitiva. Quindi, se ci assicuriamo che l'aria comincia a passare per la laringe, noi raccomanderemo alla madre di occludere temporaneamente l'apertura esterna per mezzo di un piccolo tappo. La colonna d'aria inspirata ed espirata sarà il miglior mezzo dilatante, ci servirà cioè come indice per giudicare della permeabilità della laringe, e come elemento curativo meccanico per ridurre la mucosa tumefatta. A questa cannula, che è più piccola di quella d'argento, sostituiremo un'altra di dimensione inferiore, lasciando sempre un piccolo tappo, e poi una piccolissima che segnerà l'ultimo numero, e sarà l'anticamera dell'ablazione.

Non crediate però che questo esperimento proceda sempre facile: vi sono circostanze curiosissime nelle quali voi potreste cadere in inganno, giudicare cioè che non è ristabilita la permeabilità della laringe, e rimettere ad un tempo remoto l'ablazione. Ecco perchè, onde acquistare criterii sicuri, voi dovete ritornare di notte presso questi bambini, occludere il tubo durante il sonno, ed osservare il modo come respirano. Certi ragazzi irrequieti (come pare sia questo) non appena veggono accostare l'indice sull'apertura esterna della cannula, sono presi da una eccitazione tale, per cui la respirazione si accelera, il muco contenuto nella trachea si addensa nell'orificio inferiore, e voi credete che la laringe sia ancora ristretta come nei primi tempi della malattia. Nel sonno voi potete dunque giudicare con maggiore certezza e senza mettere in gioco il sistema nervoso del piccolo infermo. Altre volte è la paura che prende questi, quando si veggono togliere la cannula, perchè a misura che voi acquistate la convinzione che aria passa per le vie superiori, potete permettervi di toglierla per qualche ora al giorno, stando voi presenti. Le contrazioni delle labbra della ferita, le mu-



cosità che si smuovono, creano certe volte una sintomatologia così strana, da determinare una occlusione temporanea di quelle vie. Ecco perchè dovete essere sempre presenti a queste manovre, pronti a rimettere la cannula, se insorgessero fenomeni dispnoici. Questo appunto noi faremo, e però conchiudo col dirvi che codesta ablazione dev'essere operata più sollecitamente che si può; prima, per non abituare molto i bambini, e in secondo luogo per togliere al più presto una cagione di stimolo locale. In generale, dunque, esagerate la sollecitudine per l'ablazione; quando avete la certezza che la laringe è ritornata al calibro normale, e non ci sono vegetazioni intratracheali, ad onta dei piccoli parosismi dispnoici, siate saldi, e sorvegliando l'infermo, ed aiutando l'espettorazione, voi potete rendere sempre più rari questi accessi di dispnea che hanno parvenze tristi, ma in fondo nulla di pericoloso.



## LEZIONE VENTISETTESIMA

### Paralisi miogenica bilaterale dei crico-aritenoidei postici.

Sommario — Storia dell'infermo — Solo l'esame obbiettivo laringeo spiega la sintomatologia — Si riscontra difetto di abduzione delle corde — Chi la produce? — Una infiltrazione edematosa della regione aritenoidea, un tumore sotto-glottico, uno spasmo degli adduttori, una paralisi degli abduttori? — Si escludono tutte queste possibilità per ammettere la paralisi degli abduttori — È di origine nevropatica o miopatica? — Si ritiene quella miogenica da cause reumatizzanti — Pronostico riservatissimo e perchè sia tale — Cura possibile nell'attualità.

SIGNORI,

Interessantissimo è il caso che vi presento, e mi affretto a farlo sia perchè le condizioni in cui versa il paziente sono gravissime, sia perchè non avendo a nostra disposizione sale cliniche, potremmo perdere questa preziosa osservazione.

L'infermo che qui vedete è un tal Gregorio Vivar, napoletano, di anni 37, ammogliato, sarto. Vi faccio però subito notare, e con una certa particolarità, che mentre egli vive di questo mestiere, è deputato di terrasanta; un ufficio che nelle Arciconfraternite napoletane pietosamente assumono alcuni, con l'incarico di assistere sul Cimitero ad ogni inumazione abbia luogo nella loro Congrega. Il che significa che, qualunque tempo faccia e qualunque sia la stagione, devono costoro assistere al seppellimento e discendere nelle terresante che sono umide, fredde, e costruite nel sotto-suolo. E da cinque anni questo faceva il Vivar.

Gracilissimo di costituzione, ci assicura che non solo non è depauperato per effetto della malattia che lo affligge, ma, malgrado lo scarso pannicolo adiposo e la piccolezza dello scheletro osseo, non ebbe gravi affezioni. Bambino, si ricorda di una eruzione cutanea della quale guarì con le frizioni di un unguento. Molto verosimilmente si sarà trattato di scabbia, tanto più che egli rammenta come il medico curante gli avesse proibito di dormire con altre persone della famiglia. A 16 anni si contagiò di un ulcero al pene — ulcero che durò un mese e non fu seguito se non da una adenite inguinale abortita da un medico inglese con l'ap-



plicazione di sanguisughe — Rimase una blenorragia, ma non alopecia, mai dolori osteocopi, mai eruzione cutanee sospette, male alla bocca od ingorghi ganglionari.

L'anno passato ammalò di bronco-pulmonite sinistra che durò due mesi, della quale guarì perfettamente, essendo con la pulmonite scomparsa interamente la tosse.

Dopo la guarigione cominciò ad avere un certo malore di gola con marcata disfagia. Ricorse ad uno specialista di questa città, ed afferma che il male fu giudicato di carattere puramente catarrale. Non fece cure serie; dopo 2 mesi ne guarì, rimanendogli in eredità un po' di affanno. Da otto mesi a questa parte, è questo dunque, l'affanno, l'unico sintoma di cui si lamenta e che si è andato man mano accentuando, sicchè salendo le scale, correndo, agitandosi, sentiva difficoltà di respiro e cominciava a produrre nel sonno rumore molestissimo a quelli che dormivano nella medesima sua stanza.

Son dieci giorni che la dispnea si è ingigantita al punto che la notte egli deve stare a letto semiseduto, e talora levarsi e camminare in camera, temendo di restare strozzato. Non può stare sul lato sinistro, nella quale posizione l'affanno aumenta.

Non è stato bevitore nè fumatore; non ha abusato di donne, non ha sofferto reumatismo articolare, ma solo grandi e continui patemi.

Come ora lo vedete, seduto, calmo, la respirazione non è punto rumorosa; ma, se per poco si muove, si agita e parla, si ode quel particolare stridore caratteristico della stenosi delle prime vie del respiro. La voce è normale, *inalterata*. La tosse è secca e poco molesta, però se vi ha aumento di muco, egli è invitato a tossire più spesso onde liberarsi di un imbarazzo al respiro che sente crescere.

Ho esaminato il torace, ed eccovi il risultato della mia osservazione.

A sinistra, posteriormente, un po' al disotto della scapola, là ove una pigmentazione della cute segna il posto sul quale venne applicato un largo vescicante, qualche ronco. Ovunque però la respirazione è debole, ma uniformemente, e per effetto della stenosi. Nelle regioni infra-scapolari di amendue i lati, il respiro piglia carattere bronchiale.

Ho diligentemente fatta la percussione: lungo le linee para-spondilee è normale, alquanto più chiara lungo le linee parasternali.

Il cuore è sano: la punta pulsa a posto: non vi è accentuazione dell'aorta nè della pulmonare; assenza di soffii: la percussione mostra fisiologica l'aja cardiaca.

Nulla di notevole nel sistema glandolare: le sole glandole inguinali sono un po' ingorgate.

Come facilmente indovinate, l'esame dei polmoni e del cuore non



spiega l'affanno: il sospetto che il punto di partenza fosse la laringe è più che fondato, ed il suo medico, un uomo dotto che io conosco, lo diresse a me appunto per sapere cosa rivelasse il laringoscopio.

L'esame delle fauci è negativo. La immagine laringea ci presenta, durante la fonazione, integra la cavità; appena iperemica. Le corde vocali sono un po' rosse, un po' tumide, ma si avvicinano perfettamente bene. Poco catarro si raccoglie nella regione meso-aritenoidea.

Invitando però il paziente a respirare, salta subito agli occhi il fatto che la corda sinistra non obbedisce ai movimenti di abduzione, e la destra si move appena, sicchè la rima glottidea è ridotta ad un'angusta fessura che misura tutt'al più 2 millimetri.

Uno sguardo alle adiacenze della laringe ci assicura che non vi ha edema od ingorgo di sorta in alcun punto, e le sporgenze aritenoidee sono perfettamente delineate.

Qual'è dunque il valore semiologico di questo reperto, di questo *difetto* di abduzione delle corde vocali?

Qui ci si para innanzi un vasto campo che abbiamo il dovere d'investigare, prima di formulare la diagnosi anatomica.

È naturale dimandarsi quale sia la ragione del fatto, e noi dobbiamo procedere avanti guidati da un esatto criterio differenziale. Potrebbe essere una infiltrazione edematosa della regione aritenoidea od un'anchilosi delle articolazioni crico-aritenoidee, la cagione del difetto di abduzione. Potrebbe essere una briglia cicatriziale quella che trattiene le corde vocali. Potrebbe essere un tumore sotto-glottico che, premendo da giù contro le corde vocali, le immobilizzi. Potrebbe essere uno spasmo degli adduttori od una paralisi degli abduttori.

È facile eliminare l'edema, facendo bene attenzione alla immagine laringea: niente nella regione aritenoidea o meso-aritenoidea; nulla intorno alla base delle cartilagini aritenoidi che potrebbe far supporre poca mobilità od ostacolo alle escursioni delle articolazioni crico-aritenoidee.

Non vi ha nè cicatrice, nè briglia che unisca le corde vocali. Si può chiaramente vedere che sebbene ravvicinate in tutta la loro lunghezza, rimane, durante la inspirazione, uno spazio che le separa; mentre in quel giovanotto che abbiamo all'ambulatorio e che vi ho presentato, voi facilmente constatate che a livello delle corde si era formato come un diaframma fibroso che lasciava penetrare l'aria solo per un foro corrispondente alla porzione *inter-cartilaginea* del glottide.

I neoplasmi sotto-glottici possono ostacolare il movimento di abduzione delle corde, e l'anno passato io fui fortunato abbastanza di diagnosticarne uno che fu riscontrato perfettamente attraverso la ferita tracheale, dopo la tracheotomia: ma, in casi consimili, difficilmente sono interessate allo stesso grado le due corde; e chi ha un po' di pratica, rie-



sce sempre a vedere nello spazio sotto-glottico qualche vegetazione, qualche sporgenza che preannunzia la neoplasia.

Lo spasmo dei muscoli adduttori, come si riscontra nel così detto spasmo glottico, nel laringismo, vi dà una immagine laringea simile a quella che vi ho descritta nel caso attuale; ma, se continuate a tenere lo specchio in sito o ripetete la osservazione, ad un dato momento, e quando meno il vuole l'infermo e voi lo pensate, si vedono allontanare le corde vocali tra di loro, e disegnarsi un ampio spazio glottico. Lo spasmo è intermittente, accessionale; vi sono lunghe pause durante le quali l'infermo respira bene, mentre qui la costanza della dispnea e la stessa scena sintomatologica ci persuadono che non è punto di una contrazione spastica degli adduttori che si tratta. Dopo un lungo giro, dopo una lunga rivista di tanti possibili, noi dobbiamo necessariamente concludere che sono paralizzati i crico-aritenoidei posteriori.

Signori. Se, dopo di avervi detto questo, io prendessi commiato da voi, ben poco avremmo appurato del caso in discorso. Completata la diagnosi laringoscopica, abbiamo il dovere di procedere ad una **diagnosi etiologica**, e quello di farla, se non a preferenza, tanto bene quanto un polielinico. Voi, lanciati nell'esercizio, lontani dai grandi centri, comprendete appieno quanto interessi al medico pratico tirare da questa prima nozione tutti quei corollarii clinici che devono completare il giudizio diagnostico, ed è appunto quello che vado a fare.

La prima cosa che convien deffinire, è questa: si tratta di una paralisi di origine nevropatica o miopatica?

Se noi ci facciamo a considerare la etiologia delle paralisi nervose dei muscoli dilatatori del glottide, vedremo subito che le cause morbose possono essere centrali o periferiche, e queste colpire le origini dello spinale o del vago, ovvero interessarne i tronchi lungo il loro tragitto.

Tra le prime convien subito registrare le lesioni della midolla allungata (atassia locomotrice, sclerosi bulbare progressiva) nelle quali ci può esser pure respirazione stridula. In tali emergenze, però, la paralisi non è mai unicamente limitata ai muscoli laringei; ci ha partecipazione dei muscoli della testa, della faccia e delle estremità, fatti che mancano completamente nel nostro ammalato.

Si potrebbe pensare ad un'alterazione intra-cerebrale del vago, cioè nel ganglio del tronco del pneumogastrico, il che potrebbe indurre paralisi completa dei due nervi. A prescindere che casi del genere non sono stati osservati, la paralisi, in siffatte emergenze, colpirebbe tutt'i muscoli laringei animati dal laringeo inferiore, ciò che non vediamo punto nel nostro ammalato. Inoltre, è risaputo che se è leso un sol tronco, quello del lato opposto compensa salutarmente la importante funzione cardiaca e pulmonare; mentre, stando alla osservazione nostra,



trattandosi di una lesione bilaterale, vi dovrebbero appunto essere questi gravi dissesti pulmonari e cardiaci che fortunatamente mancano.

La paralisi bilaterale degli abduttori è stata pure osservata, e certo più frequentemente per lesione di uno o di due laringei inferiori. A suo tempo vi dimostrerò come e perchè, quando vi ha compressive sul ricorrente, si sviluppi a preferenza la paralisi nei soli abduttori, o per lo meno in primo tempo. Lasciando stare le lesioni centrali (affezioni della midolla) che qui non possiamo punto invocare, io mi affretto a dirvi che la compressione di un sol ricorrente può indurre paralisi bilaterale, la quale secondo Johnson e Bäumlér si spiegherebbe perfettamente ammettendo che le fibre afferenti dei nervi trasmettano lo stimolo fino al ganglio dell'accessorio, che è quello il quale fornisce al pneumogastro buona parte delle sue fibre. Lockhart Clark, d'altro canto, ha segnalato il notevole incrociamiento dei nuclei dell'accessorio (vedi Mackenzie), e Johnson stesso opina che codesta disposizione spieghi perchè la compressione di uno dei pneumogastici produca paralisi dei muscoli dal lato opposto. Il che significa, in altri termini, che nel caso nostro noi potremmo contentarci di ricercare la causa di una compressione unilaterale, e spiegare la paralisi bilaterale per azione riflessa. Anzi, poichè è la corda sinistra quella che è più paralizzata, ed il ricorrente di sinistra è in così intimi rapporti con l'arco dell'aorta, gli è principalmente agli aneurismi di questo grande tronco che conviene rivolgere la nostra attenzione.

Da quello però che vi ho detto relativamente all'esame fisico del cuore e dei grossi vasi, non v'è a sospettare nemmeno ateromasia. La punta del cuore non è spostata; l'aria è fisiologica. Se ci fosse stato qualche lieve disturbo che avesse semplicemente annunziato spostamento del cuore od ateromasia, noi avremmo potuto esagerarne il valore, come ho fatto parecchie volte, per ammettere l'aneurisma. Ora, in verità, non si può avere esitanza di sorta. Così come l'aneurisma, si ponno eliminare altre cause di compressione, specialmente i linfo-adenomi mediastinici, in vista di che ho diligentemente fatta la percussione nelle regioni rispondenti ai mediastini. Aggiungo poi che, se è vero che la compressione unica può suscitare paralisi bilaterale, e questa è di preferenza palesata nei muscoli abduttori, con l'andar del tempo anche gli adduttori cominciano a prendervi parte, onde la paralisi non è tanto completa, come nel caso attuale.

Sicchè per una diagnosi differenziale anch'essa lunga, così come facemmo per la diagnosi anatomica, noi relativamente ad etiologia arriviamo a scartare la origine nervosa, e necessariamente ritenere la miopatica.

Qual'è il significato di codesta paralisi miogenica, quali ne sono le cause, quale il pronostico, quale la cura?



Innanzi tutto dichiaro che i casi del genere appartengono tuttora alle eccezioni; non che manchino autori che ne hanno discorso, ma sono osservazioni ancora numerate e raccolte, dal 1866 a questa parte, da alcuni reputati laringoscopisti.

Le cause sinora constatate sono: l'isteria, la sifilide, i raffreddamenti, i traumi. Qui delle due prime non è a parlare. Per la sifilide noi dovremmo ritenere, unica manifestazione ingannatrice del periodo neoplastico, la produzione di gomme tra i fasci muscolari, giacchè appunto queste alterazioni si sono osservate nelle autopsie. Del pari nessuna notizia troviamo di traumi pregressi. Non corpi estranei inclavati nell'adito esofageo; non liquidi irritanti e caldi; non acidi minerali accidentalmente ingeriti. Invece non resta che invocare il raffreddamento, l'unica causa che risalta nell'anamnesi. Da che egli ebbe il mal di gola, esposto alle cagioni perfrigeranti pel suo ufficio di terrasantiere, cominciò ad affannare, e la dispnea andò man mano aumentando, forse a misura che cresceva il numero delle fibre muscolari alterate.

Per rendersi conto del modo onde agiscono i traumi ed il raffreddamento, ci è da por mente a due nozioni: una anatomica, l'altra fisiologica. L'anatomia dimostra, infatti, che dei muscoli laringei, i crico-aritenoidi posteriori sono i più superficiali ed i più esposti. I crico-tiroidei, vero è, stanno in un piano anteriore, ma son ricoperti dalla pelle; i crico-aritenoidi laterali dalle lamine tiroidee; i tiro-aritenoidi dalle corde vocali alle quali decorrono paralleli. In un piano posteriore non restano che i crico-aritenoidi postici e l'aritenideo, semplicemente ricoperti dalla mucosa. Ma l'aritenideo occupa un piano anteriore rispetto ai dilatatori, e perciò è meno esposto agli urti, ai traumi che cadono direttamente sulla regione posteriore della cricoide. I crico-aritenoidi postici sono due robusti muscoli di forma triangolare, i quali restano appunto allogati nelle due fosse delimitate dalla cresta mediana della placca cricoidea da cui partono per portarsi, diretti in alto ed in fuori, all'apofisi muscolare delle rispettive cartilagini aritenoidi. Essi così occupano tutta la faccia posteriore della cricoide, e ricoperti dalla mucosa laringea, rappresentano la parete anteriore del tratto più alto del canale alimentare.

La fisiologia, dalla sua parte c'insegna che questi muscoli, per la necessità di schiudere continuamente il varco all'aria, funzionano spessissimo, cioè moltissimo. Ora, supposto che per trauma od infreddamento ci sia congestione degli abduttori, quest'ultima, per l'esercizio continuo del muscolo, si tradurrà in uno stimolo perenne il quale può menare ad alterazioni patologiche serie, cioè atrofia e degenerazione. Codeste giudiziose osservazioni che fa il Mackenzie nel suo classico libro di Patologia, trovano una conferma nel reperto anatomico, il quale dimostra appunto prevalenza di connettivo interstiziale, scomparsa delle



fibre muscolari, le quali pallide e scarse, appena bastano alla funzione cui era destinato il muscolo, senza ripetere che sono talora degenerate o sostituite da neoplasie gommose, quando il movente è la sifilide.

Tutto ciò noi riscontriamo per filo e per segno nel nostro ammalato; dopo il catarro gutturale, talune fibre dei crico-aritenoidei postici cominciavano ad adempire debolmente al loro ufficio, e poi man mano si sono andate sempre più affievolendo, e forse atrofizzando, donde la grave laringo-stenosi che gli minaccia la vita. La voce è integra, perchè l'isocronismo nella vibrazione delle corde non è turbato, come succede nella paralisi unilaterale; e gli adduttori funzionano perfettamente, cosa che desumiamo non solo dalla voce, ma dalla ispezione locale, la quale dimostra che tanto attivamente intervengono a mantenere, con la loro contrazione, ostinatamente, sulla linea mediana le corde vocali.

Noi dunque possiamo formulare con una sicurezza soddisfacente la diagnosi etiologica, e ritenere la paralisi di carattere miopatico.

**Pronostico** — È riservatissimo; non solo per i pericoli che la malattia ha con sè; non solo perchè una lieve influenza catarrale gonfiando la mucosa che riveste le corde vocali potrà indurre letale asfissia, ma anche perchè il decorso del morbo è inoltrato (indice di verosimili e profonde alterazioni muscolari), e la cura sintomatica possibile, la tracheotomia, porta sempre con sè dei pericoli.

**Cura**—La indicazione più razionale sarebbe la stimolante locale, quella cioè capace di ridonare ai muscoli la loro contrattilità. Ho appena bisogno di farvi riflettere, o Signori, che quelli stessi rimedii più indicati (diretta applicazione dell'elettricità — iniezioni ipodermiche di stricnina) potrebbero, provocando uno spasmo dei muscoli sani, aggravare lo stato del paziente — Se lo avessimo veduto prima, in condizioni migliori, avremmo potuto sperimentare questa medicazione. Oggi no, oggi convien richiamare alla nostra mente i gravi fenomeni che lo assalgono di notte, e la certezza di non essere in grado di rimuovere altrimenti codesta laringo-stenosi. Questi due criterii, l'uno sintomatologico, l'altro patogenico, ci menano diritto ad indicare la tracheotomia, la quale in questo momento potrebb'essere fatta pacatamente e con una emostasia completa.

Dirò questo alla famiglia del paziente in termini più intelligibili, ma sono molto dolente di non mostrarvi coi fatti se, e quanto, fossimo nel vero, relativamente a diagnosi ed a cura (\*).

---

(\*) L'infermo, qualche mese dopo, vivendo travagliati giorni, ricoverò nella Clinica Chirurgica a Gesummaria, ove fu operato di tracheotomia dal ch. Prof. Gallozzi, in presenza dei giovani studiosi, il 6 aprile 1883, con ottimo successo. Presentemente è ritornato sotto le nostre cure, che riassumiamo nelle iniezioni ipodermiche di nitrato di stricnina, e nelle dirette applicazioni della elettricità.



## LEZIONE VENTOTTESIMA

### Laringo-stenosi da papillomi laringei.

**Sommario.**— Storia del caso—Si dimostra la importanza dell'esame laringoscopico di fronte ai sintomi funzionali—Uno schizzo sui tumori laringei in genere — Diagnosi in natura—Frequenza dei papillomi — Decorso — Metamorfosi — Disposizione locale — Cause — Interpretazioni dei sintomi — Pronostico — Cura.

SIGNORI,

Il caso che oggi forma obietto di clinica discussione, mi sembra capitato a proposito per dimostrarvi l'importanza che l'esame laringoscopico ha nella diagnosi, e nella cura chirurgica di certe affezioni laringee. Sentitene un poco la storia, raccolta con tutta diligenza dal nostro dottor Cicconardi.

« L'inferma che ci è stata diretta dal chiarissimo Professor Cardarelli, è una povera donna da Oratino (provincia di Campobasso), a nome Juliani Cristina. Ha 40 anni, è maritata, ma senza figli, di temperamento linfatico. La narrazione della sua malattia è breve e poco concludente. Sedici mesi or sono, mentre godeva prospera salute, cominciò a sentire un po' fioca la voce. Fece delle cure, ma la raucedine non migliorò, che anzi è venuta facendosi sempre maggiore, tanto che oggi è perfettamente afona. Da quattro mesi in qua è dispnoica, specie quando per un bisogno è costretta a camminare, od a montare scale, e nelle ore della notte.

Di cure ne ha fatte parecchie, ma tutte son riuscite infruttuose. Tra le altre, credutasi sifilitica all'ospedale di Campobasso, ha sperimentata quella opportuna (iodico-mercuriale), ma anche questa non ha sortito nessun effetto.

Nella sua vita non ha sofferto che il vaiuolo nella fanciullezza, la nefrite nella età di 35 anni. Di sifilide — è bene insistere — non c'è stato nè il contagio, nè manifestazioni di sorta. Non ci sono state nemmeno affezioni laringee contemplabili. Nulla di eredità. Solo dice di essersi molto esposta alle cagioni reumatizzanti.



**Esame obbiettivo.** — Niente alla faringe. L'esame della laringe dà risultanze preziose. Sulla corda vocale di sinistra si scorge agevolmente una grossa neoproduzione che si estende per quasi tutta la lunghezza della corda, e lascia vedere appena il quarto anteriore e l'attacco posteriore. È rilevata, così che raggiunge la falsa corda vocale omonima. Ha color rosso pallido, con superficie ineguale, bernoccoluta. Nella inspirazione e nella espirazione la si vede muovere: nella fonazione copre interamente la glottide, anzi raggiunge la corda destra. Nella inspirazione discende appena nello spazio sotto-glottico. Sulla corda di destra, poi, si osservano vegetazioni multiple, di colorito come le precedenti, che cominciano dalla parte media della corda stessa, ma non raggiungono l'attacco anteriore, lasciando pure libero il posteriore. Sono in genere meno rilevate, meno compatte e sporgono sulla linea mediana, nascondendo la corda, la quale del resto è eclissata dalla vegetazione di sinistra, ma è bianca come la sua omonima.

L'inferma non avverte dolore di sorta, deglutisce bene, e si direbbe che non ha tosse, tanto questa è scarsa e secca. Ma quando si raccoglie un po' di secrezione (che è bianca e filante) è presa da gravi accessi dispnoici, onde crede di soffocare.

Nulla ai polmoni, al cuore. L'ascoltazione soltanto nota egualmente laboriosa la inspirazione e la espirazione, che sono aspre e deboli. Il mormorio vescicolare dappertutto infievolito.

Cute, linfatici, sistema nervoso e digerente in buone condizioni. »

Signori. Se noi volessimo, prescindendo dall'esame laringoscopico, far la diagnosi, noi rischieremmo di commettere gravi errori. Per vero, analizzate, studiate i sintomi che l'inferma ci presenta, voi non potrete arrivare a conclusioni precise; e senza schierarvi la lunga serie dei processi morbosi che ponno confondere la reale lesione locale, io vi ricorderò che la paralisi unilaterale di una corda vocale (con corrispondente paralisi dei crico-aritenoidei postici); certe ulcerazioni insidiose di carattere sifilitico; una cronica ed intensa laringite, potrebbero portare una scena molto analoga, nella quale, come avete inteso, si accentuano due sintomi: l'afo-  
nia e la dispnea. Dall'anamnesi, dalla storia attuale, voi ricavate una utile nozione, cioè che nella laringe è riposta la sede del male; ma, per quanto vogliate sofisticare sui fenomeni, voi dovrete restare nel dubbio, come sono rimasti nel dubbio medici esperti che ci hanno preceduto nella osservazione. Dunque, senza annoiarvi con una diagnosi differenziale tra tutti i processi che portano identici fenomeni, chiaramente si vede che senza il laringoscopio noi non avremmo potuto sospettare che qui si tratta di un tumore.

I tumori della laringe vanno in pratica sotto il nome di *polipi*, perchè il più delle volte sono peduncolati, o mandano propagini nelle parti circostan-



ti. Ma quelli autori che seguitano a conservare la parola *polipi* come sinonimo di *tumori*, quando arrivano ai neoplasmi ad evoluzione rapida, ne fanno una classe a parte. Onde io credo che sarebbe giusto ritornare su questa nomenclatura, e fare dei cosiddetti polipi laringei una sola categoria, che potete meglio denominare tumori o neoplasie; tanto più che sono, per i loro caratteri anatomici, così ben delineati, da meritare tutto l'onore di una utile separazione.

Vi farò uno schizzo storico intorno ai neoplasmi laringei, onde meglio mettere in evidenza l'importanza che a queste gravi manifestazioni ha dato il laringoscopio. E, come per la tubercolosi, per i neoplasmi laringei possiamo distinguere tre grandi periodi: uno che dai più remoti tempi arriva fino alla metà del secolo passato, nel quale di neoplasmi laringei non si parla punto; un altro che dal 1750 va sino al 1854, epoca dell'invenzione del laringoscopio, e nel quale vediamo che uomini competenti raccolgono osservazioni e le denunciano al pubblico medico. Cito il Koederik che fu il primo a parlarne, cito il Liuteaud, cito Ehrmann che dette una monografia abbastanza completa, e poi Rokitansky ed alcuni altri posteriormente, nonchè l'italiano Regnoli che parlò di un polipo laringeo estirpato. Ma, se voi vi fate ad analizzare da vicino queste osservazioni, vedrete che esse o si riferiscono ad autopsie fatte, o riguardano principalmente operazioni extra-laringee, dietro osservazioni eseguite in condizioni eccezionali, cioè quando i neoplasmi avevano raggiunto tale volume, da poter essere o veduti dalla bocca, o facilmente palpati col dito. Il dito, infatti, per un certo tempo ha sostituito il laringoscopio, come ha sostituito altri mezzi endoscopici, non saprei dire con quanta fortuna. Invece spettò all'ultimo periodo, cioè quello che corre dal 1854 a noi, una vittoria delle più complete; giacchè le osservazioni di Czermak che per il primo vide un tumore laringeo, si andarono man mano moltiplicando; ed oggi che in Europa ed in America vi sono varii e dotti laringoscopisti, le statistiche si sono moltiplicate a vista. Rammento quella del Mackenzie, quella del Fauvel di Parigi, quella di Elsberg di Nuova York, quella dello Schrötter e di Störk a Vienna, di Labus e la mia in Italia, giacchè sono lieto dirvi che dopo dodici anni di pratica io conto 155 osservazioni di tumori laringei, di cui l'ultima è appunto questa che voi fate con me.

Ho detto che è poco esatto continuare a parlare di polipi laringei, e dovendo fare una sezione a parte dei tumori a rapida evoluzione, degli encondromi e degli osteomi, è meglio riunirli in una unica categoria, che a buon diritto si potrà dire delle neoplasie laringee. Senonchè in questa rubrica ne figurano delle svariatissime; sono stati visti papillomi, fibromi, adenomi, cisti, angiomi, lipomi, tumori amiloidi, encondromi, osteomi, sarcomi, encefaloidi, epitelomi. Insomma, a misura che si an-



dava avanti nelle osservazioni, cresceva il numero delle neoplasie che hanno speciale struttura istologica. I papillomi si suddivisero in sessili e pedunculati, diffusi o circoscritti; si distinsero quelli di aspetto framboisiaco dai pedunculati e pallidi; i fibromi si divisero in molli e duri; io presentai qualche caso di fibroma cistico e di fibroma mollusco. In breve, l'osservazione quotidiana ha reso completa la lista dei tumori laringei, che tanto più non devono andar confusi nella denominazione poco soddisfacente di *vegetazioni polipose*. Queste le vediamo compagne delle ulcerazioni, come vi dissi a proposito della tubercolosi e vi ripeterò parlando della siflide; ma le vegetazioni connettivali a larga base noi per i primi le scartiamo; e possiamo affermare che i neoplasmi laringei, e per la lunga serie di osservazioni istologiche, e per i caratteri definiti che hanno, rappresentano un capitolo a parte, forse uno dei più interessanti della patologia.

Noi sappiamo che in questa donna ci ha un tumore laringeo, il quale è bilaterale; ma poichè vi ha una lunga seguela di neoplasie, è necessità completare il nostro giudizio diagnostico col vederne l'indole. Se volessi farvi la diagnosi differenziale di tutti i tumori enumerati, io stancherei la vostra pazienza, ed andrei molto per le lunghe; a misura che si presenteranno le osservazioni, avrete agio di riscontrare quei caratteri macroscopici che approssimativamente confortano il nostro giudizio; vedrete che i sarcomi e gli epitelomi sono per lo più infiltrati e diffusi; i fibromi rotondi, ovoidi, piccoli; le cisti più grandi e di superficie più levigata; gli angiomi di colore vivacissimo, ecc.

Fermiamoci invece ai caratteri obbiettivi che abbiamo ricavati in questa inferma, caratteri i quali sono sufficienti ad affermare che si tratta di papilloma bilaterale, piuttosto pedunculato (sebbene a larga base) e che parte da due punti diversi, ma omonimi, cioè egualmente situato verso la metà delle corde vocali. Avete inteso infatti che a sinistra vediamo una grossa vegetazione, irregolare, di superficie bernoccoluta la quale protrude nella cavità laringea, e nei tentativi di fonazione nasconde la corda vocale opposta. Sulla corda vocale di destra, vi sono altre vegetazioni più limitate, meno rilevate. Se facciamo bene attenzione, possiamo assicurarci che la corda destra intanto non è visibile nel suo terzo anteriore, in quanto è nascosta dalle vegetazioni del lato opposto. Al di sotto, le corde vocali sono integre, e conservano il loro colorito bianco perlaceo. Un tumore il quale ha l'aspetto di un cavolfiore, di colorito rosso-pallido, bernoccolato alla superficie, che, sebbene circoscritto alle corde vocali, guadagna molto in superficie, e cresce molto rapidamente. Difatti, se è vero che la inferma è rauca da sedici mesi, ella soffre dispnea da quattro soltanto.

Il tumore non presenta soluzione di continuo, non si accompagna a



gravi fenomeni collaterali, nè a sensazioni subiettive: tutto ci fa pensare che si tratti di un papilloma, cioè di una neoplasia la quale dopo le ricerche recentissime del Coyne, non si può ritenere eterotopica, ma dipendente dalla iperplasia delle normali papille. Le quali negate da Henle, Luschka e Reiner, attualmente sono state dimostrate nella superficie superiore delle corde vocali, al margine libero, e nella superficie inferiore, ove ve ne ha un gruppo di quindici a venti. Ignoriamo se siano vascolari o nervose; sappiamo che altre possono essere di nuova formazione, ma quando quelle che normalmente esistono ipertrofizzano, gli strati epiteliali si moltiplicano così da ricoprirle generosissimamente. E quando voi vi fate a praticare l'esame microscopico, egli è perfino difficile ritrovare la papilla in mezzo agli strati epiteliali, i quali non conservano più il carattere dell'epitelio vibratile, ma quello del pavimentoso. Virchow ha voluto classare i papillomi fra i fibromi, giacchè in mezzo all'ipertrofia delle papille si rinvie tessuto connettivo che si continua con quello adiacente, con lacune riempite di materia colloide. Ma sia che vogliate ritenere con lui che i papillomi siano fibromi, sia che vogliate conservarli in rubrica a parte, importa sapere che nella laringe costituiscono neoplasmi ben definiti, ben caratterizzati, ed i più frequenti tra le neoplasie laringee. Guardando in tutte le statistiche, si rileva una frequenza del 60 per cento; vuol dire che i papillomi laringei rappresentano, relativamente agli altri tumori che si svolgono nella laringe, più della metà, mentre tutti i tumori laringei, sommati assieme, rappresentano il 6 o 7 per cento, relativamente agl' infermi di altre malattie. Questa proporzione appunto si è conservata nel nostro ambulatorio; nel passato anno, sopra 162 infermi abbiamo avuto sette od otto casi di neoplasmi laringei. Forse, a prescindere da quelli che rimasero in cura, la proporzione quest'anno sembra minore, giacchè sopra meglio che 100 infermi già registrati nel nostro rendiconto, questo è il primo caso di tumore laringeo, ragioni per cui non ho tardato a presentarvelo.

Ho detto che senza l'esame laringoscopico non avremmo potuto precisare una neoplasia d'indole papillare; ma vi sono altre osservazioni cliniche relativamente alla sintomatologia ed al decorso. Innanzi tutto è giusto domandarci se questa neoplasia abbandonata a sè stessa resterà innocente; se porterà soli dissesti funzionali nella respirazione, o potrà degenerare. Che questa neoplasia abbandonata a sè non possa rimanere stazionaria, ce lo dice il decorso della malattia; nè il tempo, nè le cure interne avendo portato immegliamento, la donna ha deciso di recarsi in Napoli. La nozione del modo come sorgono e si sviluppano i papillomi laringei ci fa pronosticare la tendenza ad una letale laringo-stenosi. Questo, indipendentemente dalle condizioni in cui versa l'inferma; giacchè, se quando parla o si move è facile accorgersi dei segni classici di un re-



stringimento laringeo, anche nel caso che aveste potuto fare una osservazione prima, e constatare un tumore assai meno voluminoso, avreste avuto criterii sufficienti, dall'indole del tumore, per dire che esso sarebbe cresciuto.

La seconda quistione della possibile **metamorfosi** di certi tumori benigni in maligni, merita tutta la nostra attenzione. In verità oggi è perfettamente accettato nella scienza che le produzioni papillari possono mutarsi nelle epiteliali, onde indipendentemente dall'ostacolo materiale nel glottide, noi siamo spinti ad intervenire attivamente per sottrarre l'organismo ad una possibile infezione; tanto più che, varcato un limite di età, importa conservare dei dubbii sull'indole del neoplasma. Le produzioni epiteliali; restano certe volte nella laringe pel lungo tempo stazionarie e silenziose; non vi ha ulcerazione, non vi ha dimagramento, non vi ha ingorgo dei ganglii linfatici. Vi ripeterò più volte che gravi processi endolaringei difficilmente si lascerebbero riconoscere all'esame generale, specialmente all'ingorgo dei linfatici, e la spiegazione di questo fatto è anatomica; perchè mentre la faringe ha ampie comunicazioni coi linfatici del collo, la laringe ne ha scarsissime. Difatti due sole glandole ai lati della tiroide rappresentano lo sbocco della ricca rete linfatica che esiste nella laringe. Se voi dunque voleste dai caratteri generali e dall'ingorgo glandolare argomentare l'indole del tumore, dovrete rinunciare alla vostra diagnosi. Ma, l'aspetto, la mancanza di ulcerazione, e la limitazione della neoplasia, qui ci fanno dire che fondatamente possiamo tener lontano il sospetto di una possibile degenerazione epiteliale.

Vi ho detto che i papillomi della laringe erano stati divisi a seconda il modo onde s'impiantano e l'aspetto che rivestono. Ritorno su questo argomento per fissare la vostra attenzione sopra due punti di grande importanza. Sapete, o Signori, che non sono grandemente amico di quelle distinzioni di forma che moltiplicano la materia, ma poco o niente utile recano alla scienza. In omaggio a questo principio, sarà meglio distinguere i papillomi in sessili e peduncolati; ed oltre a ciò distinguere quelli che intervengono in certi periodi della vita, da altri che si sviluppano in un periodo differente.

Voi al dispensario avrete veduto varii giovani nei quali abbiamo fatto diagnosi di papillomi, i quali oltre ad impiantarsi sulle corde vocali, invadevano l'intera cavità; dalle corde vocali e dalla mucosa inter-arite-noidea partivano sporgenze di carattere papillare.

Sono queste neoplasie alle quali dovrete riattaccare una sorta di predisposizione dell'organismo, o meglio una **disposizione locale** che si perenna e si annunzia con la recidiva. Taluni di voi ricorderanno che mentre noi procedevamo nell'estirpazione, nei citati infermi, novelli papillomi si formavano.



La quistione della recidiva meriterebbe uno studio più preciso, perchè noi incliniamo a ritenere col Prof. Cervesato che il novello sviluppo di questi tumori sia dovuto al fatto che le papille vicine alle ipertrofiate si preparano ad un lavoro di esagerata nutrizione. Indipendentemente da ciò, noi dobbiamo ritenere che se nell'adolescenza e nella fanciullezza vi è tendenza a generalizzarsi dei tumori papillari, nell'età adulta essi pigliano un carattere piuttosto locale; e voi potete avere la certezza che la cura chirurgica sarà più efficace e più pronta.

Le cause dei papillomi, nonchè dei tumori laringei in generale, sono utili a sapersi. Io vi creerei delle illusioni se volessi ripetervi che tutte le cagioni capaci di produrre un catarro laringeo sono quelle sulle quali potete sempre mettere la mano. È vero che questa donna ci ha detto che è andata soggetta a cagioni reumatizzanti; ma dove sta la scena fenomenologica che depone per ripetuti catarri laringei? Voglio dirvi con ciò che, se io non posso negare che gli sforzi della voce, gli stimoli meccanici, il respirare polviscoli atmosferici, l'infreddarsi e certe volte la sifilide o malattie infettive, come il vaiuolo, la scarlattina ecc., possono preparare il terreno ai neoplasmi, affermo che in altre emergenze il tumore si svolge per un'alterata funzionalità dei tessuti, che sfugge al nostro occhio, e che dobbiamo riconoscere nella disposizione che ha il tessuto stesso ad ammalare.

Sarò breve nella *interpretazione dei sintomi* e lo faccio per dimostrarvi che a voler partire da un ordine inverso, noi cadremmo in gravissimi inganni. Ora che sappiamo il modo come si è svolta questa neoplasia, ora che ne sappiamo il volume, possiamo renderci conto dei fenomeni.

*Afonia.*—Le corde vocali sono integre; ma quelle grosse sporgenze, nei tentativi di fonazione ne impediscono il ravvicinamento. Supponete che il tumore, rimanendo lo stesso per volume, permettesse il ravvicinamento delle corde vocali sulla linea mediana, voi potreste avere disfonia, e non già completa perdita della voce. Questo fatto mentre ci rende conto del fenomeno, ci assicura che una volta sbarazzata la laringe dalla neoplasia, noi potremmo avere completa ripristinazione della voce, appunto perchè le corde sono sane.

*Difficoltà di respiro.*—Vi ho fatto notare che la respirazione è difficile nell'inspirazione e nella espirazione. Si tratta di un ostacolo materiale che non può subire grandi modifiche nelle due fasi. Vero è che nella inspirazione, la neoplasia di sinistra, abbastanza mobile, tende ad incurvarsi nella rima glottidea; ma il volume del tumore è così considerevole, da non poterci far notare la differenza che potremmo più facilmente constatare se il tumore più mobile, potesse obbedire alla colonna d'aria discendente, come succede per certe altre neoplasie e per l'edema dei ligamenti ari-epiglottici, in cui è stato consacrato il carattere saliente della dispnea inspiratoria.



Voi comprendete perchè non vi è *disfagia*; qui il vestibolo laringeo è sano, qui nessun ostacolo ne impedisce la chiusura. Ma se il tumore avesse sede sull'epiglottide o sull'aritenoidoide, in modo che chiuso imperfettamente l'orifizio superiore, potesse scappare nella cavità laringea qualche briciola di alimento o qualche goccia di liquido, potrebb'esservi disfagia.

Che vi sia assenza di dolori è facile intenderlo; ma vi è un fenomeno, *la tosse*, sul quale debbo fermarmi.

La tosse in questa donna è rara; e se richiamate alla memoria quello che vi dissi delle gravi ulcerazioni laringee, che distruggendo le periferie terminali dei nervi sensitivi moderano la tosse insistente, potete applicare esattamente questa nozione al caso in parola. La compressione che il tumore esercita sulla mucosa, ha finito per attutire la sensibilità, e la donna tossisce poco o niente; solo che la tosse si manifesta quando, accumulandosi secreto, essa è invitata ad espuirlo, ed allora questo movimento ne provoca un altro di contrazione del glottide; ed ecco perchè dice di sentirsi soffocare.

Da quello che avete inteso della possibilità di poter estirpare per intero il tumore, noi possiamo fare un **pronostico** lietissimo, e la donna certamente guarirà della sua dispnea e della sua afonia. Io son felice di dirvi che essa, in un tempo breve, vi sarà ripresentata con la voce e con il respiro normali; questo annunzio credo che basti ad aumentare quella fede e quell'affetto che mostrate per questa branca. L'esperienza ci dimostra, infatti, che la cura può farsi davvero *tuto et jucunde*, e l'estirpazione dei polipi laringei, in certe fortunate contingenze, è scevra da qualunque pericolo. Se noi, per l'altro infermo di paralisi miogenica, dovemmo rinunciare a compire il trattamento, perchè non potevamo praticare la tracheotomia non avendo a nostra disposizione sale cliniche, siamo soddisfatti di poter fare tutto, in favore di questa donna, nel nostro dispensario.

Ma qual'è adunque la cura che faremo? La estirpazione per le vie naturali. In generale vi dirò che il trattamento dei neoplasmi laringei può essere *palliativo* e *radicale*. Il palliativo è rappresentato da un solo elemento, la tracheotomia. Quando l'ammalato soffoca, quando non è possibile poter asportare il tumore per le vie naturali, si fa la tracheotomia, ed all'infermo si scongiura il pericolo della soffocazione. Notate che la cura palliativa può essere indicata altresì o dall'indole del tumore che non ammette compenso radicale, o perchè, potendo voi intervenire, rischiate di provocare uno spasmo letale. Se questa donna avesse ritardata la sua venuta in Napoli, noi, pur essendo persuasi di poter compire l'operazione per le vie naturali e di avere avanti a noi un tumore benigno, avremmo forse dovuto proteggerla dai possibili pericoli, coll'aprire un varco all'aria.



Invece, per ora il tumore è ancora tale da permettere questa cura; la estirpazione non darà grave emorragia, e siamo persuasi che a misura che andremo avanti col portarne via dei pezzetti, l'inferma si presterà sempre meglio. La cura *radicale* si può fare in vario modo, cioè per le vie naturali e per vie artificiali. Queste possono essere: la *tracheotomia*, quando la neoplasia risiede al di sotto delle corde vocali; la *tirotomia*, quando non è possibile asportare per le vie naturali tumori che riseggono al di sopra delle corde vocali; e può esser fatta con la *laringotomia sopra-joidea* quando siete certi che il capitare nello spazio vestibolare possa farvi riuscire nei vostri intenti. Lasciando stare gl'inconvenienti di queste operazioni extra-laringee, specialmente la perdita della voce che è costante o quasi, dopo la laringotomia, voi comprendete che al laringoscopio spettano le più grandi vittorie nella estirpazione per le vie naturali della maggior parte delle neoplasie. Quando, invece, vogliamo procedere come ora lo possiamo, per le vie naturali, noi ci accingiamo o a distruggere il tumore in sito, o ad asportarlo. Potremmo distruggerlo coi caustici, con l'elettro-termica, cogli acidi; ma sono processi lunghi e che reclamano pazienza, e, per applicarli al caso nostro, non sono compatibili con la laringo-stenosi inoltrata. Si può estirpare il tumore per le vie naturali come noi faremo, e ciò è possibile o con incisioni che restano riserbate di preferenza alle cisti; o con l'escissione, e lo sfregamento secondo il processo del Voltolini.

Il processo che preferiamo in questa donna è l'estirpazione per mezzo di pinzette. Ci serviremo di questa di Schrötter che vi presento, e che pel suo piccolo volume, per la possibilità di dare alle branche tutte le direzioni, ci potrà riuscire assai utile. Non mancherò all'occasione di presentarvi tutti gli altri istrumenti per le operazioni dei tumori laringei e stabilire pacatamente le indicazioni dei varii processi, ciò che, dato il caso speciale, sarà per voi più proficuo, per me meno faticoso.

---



## LEZIONE VENTINOVESIMA

### Sifilide laringea.

**Sommario.** — La diagnosi si potrebbe fare con la sola anamnesi. — La sicurezza però e la nozione di alcuni dettagli, ce le dà il laringoscopio. — Causa della laringo-stenosi. — È di natura sifilitica. — Diagnosi differenziale da altri processi. — Spiegazione dei sintomi: difficoltà di deglutizione dei liquidi, afonia, dispnea. — Pronostico. — Quale sia la frequenza della sifilide laringea. — Le lesioni del periodo neoplastico sono più frequenti di quelle del periodo infiammatorio. — Forme che la sifilide può affettare. — Esiti vari. — Terapia. — La cura interna appropriata non potrebbe dare grandi vantaggi.

SIGNORI,

Vi presento oggi un caso interessantissimo, che quasi tutti voi per buona fortuna conoscete; dico per buona fortuna, giacchè le considerazioni pratiche che potrò fare saranno meglio intese, avendo voi una nozione esatta delle lesioni anatomiche svolte nella laringe del nostro infermo. Io avrò come principale mira quella di mostrarvi quanto sia importante l'esplorazione laringoscopica, e quanto interessi alla cura di una malattia, anche ben nota nella sua etiologia, il concetto preciso delle lesioni materiali.

Intanto, la storia clinica del nostro infermo è piena di preziosi ammaestramenti, ed è stata diligentemente raccolta dal nostro amico, il dottor Cicconardi, che ci farà il favore di leggerla.

«Le sofferenze di questo infermo datano da 3 anni. Si manifestarono con senso di bruciore nella deglutizione, specie quando ingeriva alcoolici o sostanze stitiche. Consultò un medico e sentì che era affetto da ulcerazioni alla parete posteriore del faringe, e da lui ne ebbe la guarigione col pastello di nitrato d'argento. Stette bene per 3 mesi, e poi fu di nuovo costretto a ritornare al medico che lo avea già curato, per una gomma esulcerata, guarita anche essa, e col liquore di van Swieten. Nuova ricaduta dopo 8 mesi, ma questa volta al solito bruciore s'aggiunse più intensa disfagia, modificazione della voce che divenne na-



sale e fuoriuscita dei liquidi ingeriti, per le vie del naso. Consultò il prof. Massei e si sentì affetto da infiltramento gommoso del velo con perforazione del palato duro. Con lui fece la cura adatta, e guarì perfettamente; nonostante ripetute domande, ci assicura che non residuarono disturbi di sorta. Dopo 7 mesi una quarta ricaduta, ma la sensazione dolorosa era un pochino scesa più giù che non prima. Consigliato da altri medici — non avendo potuto per cause indipendenti dalla sua volontà, consultare il prof. Massei — si servì di parecchi farmaci: l'acqua alluminosa di Falloppio, una soluzione fenica, ecc. ecc., ma senza vantaggi, specie della sofferenza che avvertiva in corrispondenza della gola; che anzi questa è cresciuta da 2 mesi a questa parte, e si è aggiunta a dispnea intensa che s'accresce nei movimenti, ed a disfonia cospicua. Anzi a proposito dell'affanno, l'infermo dice che fu tale da costringerlo ad introdurre un tubo per le vie laringee, affine di procurarsi un alleviamento.

Ora sta proprio in queste condizioni: è afono, non soffre nel deglutire, solo nel bere l'acqua e qualunque altro liquido, si eccita tosse che lo obbliga ad espellerlo.

Esame delle parti — A destra la corda vocale rossa e tumida. Mucosa inter-aritenoidea ulcerata. Ulcera poco profonda e poco segregante. La mucosa è edematosa e pallida. A sinistra, dal ventricolo di Morgagni si vede venir fuori una sporgenza, grossa come una oliva, di forma triangolare, con apice rivolto alla corda destra e base larga, di color rosso vivace, come fragola, dura al sondaggio. È mobilissima: durante la inspirazione è attratta in giù, respinta in alto nell'espiazione: oscilla come valvola. È dessa che occlude lo spazio glottico il quale ne è nascosto quasi per intero; raggiunge la corda destra, durante la fonazione; lascia appena vedere durante la inspirazione, nella porzione inter-cartilaginea, un po' di spazio attraverso cui respira. Vi ha edema del legamento ari-epiglottico, e tiro-aritenoideo superiore corrispondente. L'epiglottide parzialmente interessata da antiche ulcerazioni, permette veder bene tutta la cavità. Nella faccia interna si veggono delle piccole sporgenze dovute a granulazioni. Nessun fatto patologico in altri organi o funzioni.

Il nostro infermo è cocchiere. Ha 32 anni. Cinque anni fa si contagiò d'ulcera serpigginosa (è lui che riferisce la diagnosi) seguita 2-3 mesi dopo da dolori osteocopi e sintomi classici di una sifilide confermata. Nulla d'eredità.

Si è impreso un trattamento opportuno. Prima pennellazione all'iodoformio, per cui l'ulcera migliorò. Poi si è fatta una prima seduta galvanocaustica. Migliora molto, la neoplasia si riduce, l'infermo respira meglio ».

Stando dunque all'anamnesi, la diagnosi dell'affezione laringea si po-



trebbe fare con una certa sicurezza. Difatti l'infermo ci ha chiaramente raccontato, ed io sono stato testimone di alcuni dei fatti che riferisce, svolti sotto i miei occhi, che egli ebbe a patire ulcerazione nell'istmo delle fauci; che se non ce lo avesse detto, noi avremmo potuto indovinarlo a quella cicatrice raggiata che vediamo sulla parete posteriore della faringe ed alla perdita di sostanza nel velo-pendolo. Avrete già notato però che la sintomatologia, la quale fu compagna di queste alterazioni, era essenzialmente distinta da quella che ci occupa nell'attualità. Allora, prevalevano fenomeni di turbata deglutizione; oggi sono compromesse voce e respirazione. Noi dovremmo quindi, logicamente, sofisticare molto per ritenere l'affezione laringea di carattere differente da quella che si è svolta nell'istmo delle fauci. Ma voi pur dovete concedermi che se fosse una stiracchiatura allontanarsi da una possibile lesione sifilitica della laringe, non sarebbe improbabile che un individuo, in cui la sifilide è evidente, avesse nella laringe un'affezione di tutt'altra natura, supponete un tumore, una laringite traumatica, una paralisi. Voglio dire che se nell'ordine patologico tendiamo sempre a stabilire una correlazione dal punto di vista etiologico relativamente a manifestazioni multiple, nel fatto, non possiamo negare che un individuo che si trova sotto l'influenza di una discrasia, possa avere manifestazioni di carattere differente. Dunque l'esplorazione diretta conferma il concetto che avevamo acquistato sulla possibile cagione della malattia, e ci precisa le lesioni anatomiche; ed è su questo che richiamo principalmente la vostra attenzione.

Io voglio concedervi che la laringite sia stata dichiarata da voi di carattere sifilitico, e poichè ci troviamo nel così detto periodo neoplastico, che voi abbiate perfino potuto, con acume e studio, credere ad una infiltrazione gommosa svolta nella laringe; ma è ulcerato o no questo infiltrato? Ma si tratta veramente di una infiltrazione gommosa, o di una rigidità dei tessuti e delle articolazioni, postume di questo fatto? Ma non si tratta piuttosto di una retrazione cicatriziale, di una stenosi da cicatrice? Voi indovinate quanto sia importante sapere tutto questo per avere una guida certa nella cura, altrimenti non potremmo far altro che tenerci pronti alla tracheotomia e praticarla come un mezzo sintomatico estremo, capace di salvaguardare la vita dell'infermo, se ne corre pericolo. Invece noi siamo arrivati matematicamente a conoscere come si fossero svolti i fatti. E notate che, mentre non possiamo negare che la sifilide in quest'individuo ancora battaglia, dobbiamo ammettere che le condizioni essenziali della stenosi, principalmente si ripetono da un fatto accidentale, e non dalla sifilide per sè. Onde tutte le cure dirette a combattere l'infezione si sarebbero spuntate contro l'inesorabilità del fatto locale. Spiego meglio il mio concetto.



Noi abbiamo chiaramente potuto vedere che nella regione inter-aritenoidea ci era una ulcerazione, e questa poco profonda, per i bordi poco rilevati, per l'edema collaterale poco esteso. Abbiamo visto che lungo il legamento ari-epiglottico del lato sinistro vi era una infiltrazione edematosa; ci siamo assicurati che la corda vocale destra è sana, tuttochè tumida, e l'epiglottide aveva dovuto, forse quando si manifestavano alterazioni sull'istmo delle fauci, essere parzialmente colpita, perchè nella sua faccia laringea abbiamo notato due altre piccole vegetazioni, ed abbiamo potuto praticare un esame completissimo, appunto perchè quest'opercolo non solo era sollevato al di sopra del vestibolo, ma era immobile. Vi prego fissarvi un momento su questa condizione, la quale servirà a spiegarci taluni fenomeni. Noi abbiamo potuto così chiaramente vedere che il fatto più essenziale nel restringimento del lume della laringe viene rappresentato da una neoplasia, la quale partendo dal ventricolo del Morgagni, si porta avanti verso la linea mediana, sino a raggiungere la corda opposta: una vegetazione a base larga, che oscilla come valvola, e voi avete potuto notare come, durante la inspirazione, fosse attratta verso lo spazio glottico, e respinta in alto durante la espirazione.

Se dunque l'ulcerazione ammette pochi dubbii riguardo alla sua natura (io di volo vi accennerò che in lui, in questo infermo, non ci sono lesioni toraciche; che il carattere dell'ulcerazione esclude l'idea della tubercolosi laringea); se possiamo precisare l'indole vera dell'ulcerazione, abbiamo il dovere di fermarci su questa vegetazione, che è causa della laringostenosi, cioè abbiamo l'obbligo di domandarci se si debba ritenere come una produzione gommosa, o come un tessuto granulante, un tessuto cicatriziale, od anco una neoplasia a parte, indipendente, un polipo, come diciamo nel linguaggio comune. È facile scartare l'idea di una gomma, perchè la forma stessa della neoplasia vi lascia vedere che si tratta di una semplice vegetazione, la quale non ha una forma nettamente determinata. L'anno passato studiammo un caso eclatante di gomma che partiva dal ventricolo sinistro del Morgagni; ma era una neoplasia regolare, ovoidea, la quale riempiva tutta la cavità ventricolare, e da una parte poggiava sulla vera corda vocale al di sotto, dall'altra giungeva su la falsa corda al di sopra. Però la neoplasia era immobile, e il lume glottideo rimaneva lo stesso egualmente ristretto nelle due diverse fasi della respirazione. Non possiamo ritenere questa una neoplasia di carattere indipendente dalla sifilide, giacchè la base larga, l'aspetto, la forma, il modo d'impianto e la contemporanea presenza dell'ulcerazione, ci avvisano che un rapporto debba esistere tra questo tessuto neoformato e la perdita di sostanza; onde necessariamente convien ligare la produzione di questo tessuto nuovo alla pregressa ulcerazione, e considerarlo come un rigoglioso tessuto di vegetazione che, mentre il pro-



cesso volgeva a guarigione, si accentuava sempre più, rimanendo come tessuto autonomo, come una produzione lussureggiante di vero tessuto connettivale.

Io aveva dunque ragione di dirvi che questa escrescenza nella laringe, mentre dipendeva da una ulcerazione di carattere sifilitico, non aveva avuto da questa, altro che il pretesto, l'impulso a formarsi e non poteva risentire più gli effetti di una cura generale, giacchè cessava di essere una produzione sifilitica. In altri termini se quest'individuo non avesse avuto la localizzazione laringea della sifilide, non avrebbe nè tampoco sofferto di questa produzione; ma essa al microscopio non ci darebbe nessuno indizio che si possa mettere, a giusto titolo, sotto la rubrica delle lesioni sifilitiche.

Prima di dirvi qualche cosa sulle possibili lesioni materiali che la sifilide determina in questo periodo tardivo, in questo periodo neoplastico, prima di dirvi qualche cosa sulla frequenza con cui si verificano queste manifestazioni nella gola, io voglio rendervi conto dei principali sintomi che l'infermo accusa, e che rappresentano davvero uno studio interessante.

Voi avete inteso che l'infermo *deglutisce* bene i solidi, ma non così i liquidi. Donde questo fenomeno? Quando io vi descrissi la muscolatura intrinseca della laringe, vi feci notare che il muscolo tiro-ari-epiglottico era quello che s'incaricava, con la sua contrazione, di chiudere il vestibolo glottico. E voi siete stati testimoni di un caso di paralisi nel distretto del laringeo superiore, nel quale accadeva disfagia, tanto più grave in quanto alla mancata contrazione di questi fasci muscolari si congiungeva anestesia della mucosa laringea. Nel nostro individuo possiamo scartare l'idea della paralisi, se facciamo attenzione alla forma ed alla posizione che assume l'epiglottide. Voi tutti dovete convenire che egli si è prestato alle nostre osservazioni mirabilmente, e non solo ho potuto fare una dimostrazione generale, ma ciascun di voi è stato a caso di riscontrare le lesioni che aveva enunciate. Questo per l'immobilità, e fissazione dell'epiglottide, la quale parzialmente distrutta nel suo margine libero, lascia allo scoperto l'interna cavità. Ora per la rigidità dei ligamenti ari-epiglottici, egli accade che durante la deglutizione la costrizione di questa parte sfinterica del vestibolo non si può eseguire, come nelle condizioni normali, e porzione dei liquidi deve scappare nella cavità e provocare tosse. Io dico che la chiusura del vestibolo si esegue incompletamente, ma si esegue parzialmente: difatti siccome la deglutizione delle sostanze liquide richiede una completa funzione di tutte le diverse parti che intervengono nella deglutizione, così potete rendervi conto come, essendo appena immobilizzata l'epiglottide, qualche goccia di liquido scappi nella laringe e provochi la tosse. Aggiungo che su questa lesa



funzione possiamo portare un pronostico piuttosto lieto, in quanto che o riducendosi la rigidezza dei ligamenti, o funzionando con maggiore attività le parti supplementari, la chiusura del vestibolo potrà meglio eseguirsi, il paziente finirà per non lamentare codesto inconveniente che non è certo lieve; e che, quando gli altri fenomeni si saranno dileguati, comincerebbe per accentuarsi ancora più.

*Fonazione.* — L'infermo ha perduta completamente la voce; ora dobbiamo dimandarci perchè questo, e se potrà riconquistarla. Al primo quesito è facile rispondere, ma convien guardare attentamente che cosa succede nei tentativi di fonazione; allora sarà agevole accorgersi che non è quella vegetazione che esiste nel ventricolo di Morgagni l'ostacolo principale alla fonazione, bensì l'edema della porzione inter-aritenoidea. Ripetendo l'esplorazione laringoscopica, vedrete che mentre la corda vocale destra si affatica per raggiungere la linea mediana, non lo può per l'ostacolo della mucosa inter aritenoidea edematosa. Se questa corda vocale potesse raggiungere la linea mediana, anche a supporre distrutta la corda vocale opposta, si avrebbe un certo grado di sonorità nei toni che l'infermo tenta di emettere, perchè entrerebbe in vibrazione questa stessa vegetazione, cioè la sporgenza del lato sinistro figurerebbe come elemento che concorre a far vibrare la colonna d'aria ascendente, sempre che la corda vocale destra potesse funzionare. La controprova di quanto dico si ha in questo, che infermi i quali portano tumori voluminosi, ma mobili al di sopra delle corde, parlano benone o discretamente bene; specie se la neoplasia oscilla come questa a mo' di valvola. Quand'anche però ci fossero aderenze con la corda vocale inferiore del lato sinistro, ciò non farebbe che attutirne le vibrazioni, diminuirne il numero, non già sopprimerle interamente. Ora senza dirvi che tutto porta a credere che la corda vocale al di sotto sia integra, io affermo che nel nostro individuo potremo avere completa restituzione *ad integrum*, ed egli finirà per deglutire i liquidi e per parlare come prima; salvo che, mentre ci avviciniamo alla guarigione, non sorga una novella eruzione nella laringe.

*Dispnea*, la quale certamente dipende dalla laringo-stenosi, e qui ci è poco da dire. Chi la produce? Chi la mantiene? Appunto questo tessuto neoformato, e noi lo vediamo per vero, avvicinarsi alla rima glottidea durante l'inspirazione, e ridurre il lume, lasciando appena nella glottide respiratoria un piccolo spazio. Noi lo vediamo nel fatto, che a misura che ci avanziamo nella distruzione della neoplasia, l'infermo respira meglio. Ecco perchè anche su questo possiamo pronunziarci favorevolmente e confermare che il respiro ritornerà normale.

Poichè l'occasione si presenta, voglio esporvi, come ho promesso, qualche cosa sulla frequenza delle lesioni sifilitiche nella laringe, e sulle alterazioni fondamentali della sifilide laringea nel periodo tardivo — Ri-



guardo alla frequenza, gli autori non sono d'accordo, voi ne intendete il perchè. È difficile formulare una statistica che ci dica: la sifilide laringea si verifica nella proporzione del tanto per cento, relativamente alla sifilide degli altri organi, giacchè occorrerebbe un materiale immenso; ed è anche difficile dire: tra tutte le lesioni sifilitiche della gola, la sifilide laringea rappresenta il tanto per cento, giacchè ci occorrerebbe un numero di osservazioni sterminato ed un numero di osservazioni abbastanza completo relativamente a tutte le altre possibili alterazioni. In generale però posso dirvi che la sifilide laringea è relativamente a quella degli altri organi, abbastanza frequente; che la sifilide laringea forse lo è tanto, quanto la sifilide dell'istmo; nell'intelligenza, però, che le lesioni terziarie, cioè quelle del periodo neoplastico, sono, nella laringe, più frequenti delle lesioni secondarie.

Se avrò occasione di tesservi la storia patologica precisa della sifilide laringea, vi enumererò le varie alterazioni dei diversi periodi. Ora però vi basti ritenere che le manifestazioni che si svolgono nel periodo neoplastico sono più frequenti di quelle che vediamo nel periodo infiammatorio.

E quali sono le manifestazioni morbose, le lesioni anatomiche che nel periodo neoplastico si verificano nella laringe? Signori miei, se noi prescindiamo dalle lesioni secondarie, ci aggireremo in un campo ristretto, giacchè non c'imbatteremo se non in una unica lesione fondamentale, la *gomma*; questo granuloma, il quale può nella laringe manifestarsi sotto forma circoscritta e diffusa, superficiale e profonda, che può ulcerare o no, che può primitivamente invadere la mucosa, o il pericondrio e i fasci muscolari. Su questa tela, moltiplicate le forme, studiate le possibili alterazioni collaterali e sussecutive, voi non arriverete a conclusione differente da questa, che cioè la lesione locale è sempre identica, ed è costituita dall'infiltrato gommoso; e le possibili manifestazioni si debbono all'estensione, alla sede ed alle fasi che può subire l'infiltrato. Ecco perchè taluni autori vi parlano di tubercoli gommosi della laringe, infiltrato circoscritto che voi ravvisate in diversi punti della cavità, o fuori. Ecco perchè taluni vi parlano di gomme che si sviluppano nei fasci muscolari, ed ecco in qual modo possiamo renderci conto delle così dette pericondriti e condriti sifilitiche, le quali se si sviluppano primariamente sotto l'influenza della sifilide (come malattia costituzionale), se possono vivere in quest'ambiente morboso, dipendono più volentieri da forme gommose nel pericondrio e nelle cartilagini, donde poi tutta la scena sintomatologica che ravvisiamo negl'infermi di sifilide laringea.

Nè ciò è tutto; vi ho detto che vi sono le conseguenze di codeste alterazioni, quelle che capitano alla nostra osservazione, e meritano tutto il nostro riguardo. Nel caso presente, noi abbiamo un esito possibile dell'infiltrato ulcerato, la produzione esuberante di tessuto connettiva-



le; altre volte vi è una vera produzione condilomatosa; presentemente nella mia clinica privata ho in cura un caso classico, nel quale pur avendo riconosciuta la sifilide, debbo asportare giorno, per giorno, innumerevoli produzioni condilomatose onde sottrarre l'infermo ai pericoli dell'asfissia. Potete avere briglie cicatriziali, ed un esempio ne abbiamo in quel giovanetto, nel quale assicurammo l'esistenza della sifilide precessa. Ma certe fiata la stenosi dipende da un'alterazione circoscritta alle articolazioni crico-aritenoidee, per cui queste sono anchilosate, e non permettono il libero movimento delle corde vocali; ovvero perchè i tessuti esterni sono talmente irrigiditi, che ostacolano il movimento di abduzione e provocano lussazione di cartilagini e mantengono un grado di stenosi rilevantissimo, che non può affatto risentire i benefici effetti del ioduro, del mercurio o di una cura mista.

Ed è qui che mi premeva di giungere. Vi ho detto della diagnosi e del **pronostico**; mi fermo ora alla **cura**. Supposto che con una lunga pratica ed un acume invidiabile, abbiate indovinato la vera condizione locale (ciò che mi sembra impossibile, giacchè manca perfino il rumore valvolare che sogliono produrre certi tumori della laringe), voi non potreste nè attivamente intervenire con una chirurgia efficace, nè acquistare un concetto preciso della medicazione che conviene mettere in atto, senza laringoscopio. Supponiamo che avessimo veduto quest'individuo in condizioni più gravi, quali speranze avremmo concepite sulle iniezioni ipodermiche di sublimato? Nessuna. Se il laringoscopio ci avesse fatto riconoscere le condizioni tali quali le abbiamo viste, ma con un aumento, noi, pur ammettendo che la sifilide doveva essere perfettamente accettata, dovevamo praticare la tracheotomia e non dormire sulla fede della sola cura specifica. Fortunatamente l'infermo si presentava a noi, quando non eravamo obbligati a ricorrere a mezzi così estremi, e quando potevamo attuare una cura locale, senza paura di aggravare le condizioni della stenosi. Voi sapete quello che abbiamo fatto: non abbiamo dimenticato la medicazione generale, giacchè vi era in atto una ulcerazione; abbiamo cercato di modificare questa con le applicazioni locali di iodoformio, che ci è riuscita abbastanza bene; e quando l'edema delle parti si è ridotto, quando son cessati i timori che le nostre manovre avessero potuto aggravare la condizione collaterale dei tessuti, siamo intervenuti con una chirurgia delicata. Cosa abbiamo praticato? Qui la via non era unica, nè chiara. Era naturale, era logico che pensassimo ad asportare il tessuto che faceva ostacolo alla respirazione, e che acceso dal fuoco della sifilide non risentiva più le influenze di questa. Ma come sbarazzarcene? Due erano i modi: o distruggerlo in sito, o toglierlo via. Per toglierlo via, difficilmente avremmo potuto servirci dei coltelli, giacchè avremmo dovuto praticare una incisione lunga abbastanza per tutta la



base della vegetazione. Ci sorrideva l'idea di abbracciarla con un'ansa, come questa che vi presento, che può essere girata in tutti i modi. Or poichè l'apice di questa tumefazione era rivolto verso la corda opposta, noi dando all'ansa la forma che vedete, potevamo imbroggiarla, e poi stringendo il filo metallico, strozzarla ed asportarla. Debbo dire però che, benchè l'infermo tollerasse tutti questi tentativi che io feci precedentemente, io stesso li abbandonai, non solo perchè temeva che per la rigidezza, per la presenza di abbondante tessuto fibroso non fossi riuscito a strozzare in una volta tutta la vegetazione, ma perchè era possibile che determinassi una irritazione abbastanza viva, cioè che lo strappamento avesse potuto riuscire pericoloso. Ho preferito distruggere in sito la neoplasia, e fortunatamente l'esperimento che abbiamo fatto due o tre volte ci ha soddisfatto. Con un piccolo cauterio galvanico siamo penetrati in cavità; e quando eravamo certi di essere lì, sul posto, abbiamo resa incandescente la punta del piccolo cauterio. Mi preme però dirvi che queste operazioni delicate debbono esser fatte sotto due condizioni: cioè con estrema tolleranza del paziente (che quando non è spontanea potete raggiungere col sondaggio), e con strumenti piccoli che non solo producono una escara piccola, ma vi permettono bene esplorare il campo della operazione. Difatti gli strumenti voluminosi sono poco preferibili per le operazioni endo-laringee, appunto perchè offuscano il campo visivo. Dalle cauterizzazioni praticate, e specialmente dall'ultima, noi non abbiamo avuto a lamentare nessun inconveniente, anzi l'infermo si è sentito sollevato.

Signori. Io ho avuto premura di presentarvi quest'individuo prima che la miglioria si accentuasse, non per desiderio di far vana pompa delle nostre cose, ma perchè possiate esser giudici dell'esattezza delle indicazioni curative, del pronostico, specialmente di quello relativo alla completa restituzione ad *integrum* della voce e del respiro, che tanto interessano al nostro infermo.

---



## LEZIONE TRENTESIMA

---

### Laringo-stenosi cicatriziale.

**Sommario.** — Nella storia clinica manca assolutamente ogni criterio anamnestico — Disturbi funzionali — Note di esame obbiettivo — Ricerca della diagnosi etiologica — Quelle lesioni sono state per avventura prodotte dal vaiuolo, dal tifo, dalla pericondrite, dalla tubercolosi o dalla sifilide? — Si rifiutano tutte, meno l'ultima possibilità e si adducono le ragioni. — Terapia che fu adottata. Quella che poteva adottarsi. Qualche parola sulla cura dilatatoria di Schrötter.

SIGNORI,

Stringiamo più intima amicizia con quelli dei nostri infermi che frequentano l'ambulatorio e conosciamo già in parte, cioè quelli stessi i quali voi avete avuto agio di esplorare al laringoscopio; tanto più che il caso in questione ci presenta uno studio importante, riguardato da un triplice punto di vista, cioè della diagnosi anatomica, della etiologica, e della terapia.

Dalla storia anamnestica, quale l'ascolterete, noi non ricaviamo alcun dato che possa illuminarci sulla condizione laringea, che pur deve interessarci più da vicino, o sulle cause che hanno potuto determinarla. E notate, che avendo noi come primo dato diagnostico la lesione materiale, abbiamo messo ogni cura per rintracciare il momento causale che avesse potuto essere pretesto a questa forma morbosa. Ebbene malgrado tanta diligenza, malgrado l'indagine nella quale eravamo illuminati dal reperto anatomico, non possiamo piazzare se non un punto interrogativo accanto alla patogenesi. Ragioni di più per convenire sulla importanza dell'applicazione laringoscopica e per convincervi che dopo l'esplorazione diretta, noi dobbiamo uscire dal campo della nuda osservazione, cercando di fondare una diagnosi etiologica che risponda ai desiderati della scienza. È importante però sappiate quest'anamnesi che il dottor Cicconardi ci farà la grazia di leggere.

«Il nostro giovanotto è infermo da circa 3 anni. Cominciò ad avvertire



abbassamento di voce, dovuto probabilmente ad umido. Fece qualche cura, ma indarno — la disfonia persistette tanto, da costringerlo a ricorrere ad uno specialista che gli dichiarò esser affetto da distruzione parziale della corda vocale sinistra. Migliorò alquanto, ma poi trascurò tutto, onde la peggioria non si fece aspettare, accompagnandosi ad affanno e fuoriuscita di sangue dalla narice sinistra tanto imponente, da fargli chiedere il soccorso di un farmacista. Ritornò dal medico, e migliorò una seconda volta, specialmente per la lesione nasale. L'affanno diminuì un pochino nei primi giorni, poi venne crescendo tanto da rendergli impossibile il camminare di fretta. Fu tentato il cateterismo con pochissimo profitto. Addì 23 novembre si vide peggiorato grandemente, e fu solo con segni ed a stento che potette rivolgersi ad alcuno dei suoi. Con calmanti migliorò un poco — 15 giorni dopo, quasi nelle stesse condizioni, si presentò al nostro ambulatorio.

L'infermo ha 19 anni. Non si è mai contagiato di morbi venerii o sifilitici. Non vaiuolo, non morbillo. Poco o nulla di cause reumatizzanti. Solo è a notare una forma di dermatosi, che durò parecchi anni e della quale guarì mercè molti rimedii, tra i quali l'olio di fegato di merluzzo. L'infermo ricorda bene che il Prof. Tanturri, che lo ebbe a vedere allora, gli assicurò trattarsi di una forma che sarebbe guarita anche senza rimedii, come fosse venuto su negli anni.

Il padre è emiplegico dall'età di 38 anni. La madre, in ottime condizioni di salute, ha avuto 13 figli, tra i quali un solo aborto. Alcuni di questi hanno tuttavia la dermatosi di cui non sono guariti ancora, perchè — a dir dell'infermo — bambini ».

L'infermo adunque si è diretto a noi, perchè le sofferenze erano da parte della gola, e noi ci siamo data la pena di praticare l'esplorazione della laringe, per la quale abbiamo visto che le corde vocali, durante la fonazione si ravvicinano bene sulla linea mediana, cosa che ci rende conto dell'integrità della voce. Vi prego anzi di fissarvi su questo punto: l'infermo è eminentemente dispnoico, ma parla con voce intelligibile. Durante la fonazione, noi potemmo constatare che una delle cartilagini aritenoidi veniva più avanti, l'altra restava più indietro, così come vi tornerò a significare, quando vi parlerò dei movimenti delle corde vocali nella respirazione. Ci accorgemmo pure che verso l'angolo di commessura esistevano piccole e sparse vegetazioni, talune delle quali io asportai sin dalla prima seduta. Il segreto della laringostenosi, di cui erano chiari indizii l'infievolimento del mormorio respiratorio, e quello stridore caratteristico, sono tutti riposti nel movimento di abduzione delle corde. Durante la inspirazione noi vediamo che invece di disegnarsi la rima glottidea, a forma di un triangolo isoscele, per circa due terzi le corde si vedono saldate tra loro, grazie ad un tessuto bianco, analogo



al colorito che fisiologicamente hanno. Bisogna far grande attenzione per vedere che presso la porzione inter-cartilaginea, resta uno spazio irregolarmente ovalare, limitato in avanti da questo tessuto bianco fibroso, in dietro dalle cartilagini aritenoidi. Facendo alternativamente respirare e parlare l'infermo, noi vediamo che nella fonazione, la punta della aritenoides destra appare in un livello superiore a quella di sinistra, cioè volendo tradurre questo reperto laringoscopico nel fatto reale, che nella fonazione, l'aritenoides destra si porta in un piano più anteriore della sinistra, e viceversa durante l'espiazione l'aritenoides sinistra nell'immagine laringea appare in un punto più alto, cioè realmente viene a porsi in un piano anteriore a quello di destra. Questo difetto di parallelismo nelle due aritenoidi, ostacola sempre più la vista dello spazio, attraverso cui si esegue a grave stento la respirazione. Ed io debbo confessarvi che potetti orientarmi sulla lesione reale che offre la laringe, solo dopo ripetuti esami. Abituato meglio l'infermo, migliorato nella respirazione, avete potuto convincervi che esiste in realtà un vero tessuto cicatriziale tra le corde vocali, esteso dall'angolo d'inserzione sino al terzo posteriore, ed oggi stesso vi prego di ripetere la esplorazione per convincervi di questa alternanza di movimento che presentano le due aritenoidi.

L'immagine laringoscopica, dunque, ci dice chiaramente perchè questo infermo affanna, ed essendo noi stati solleciti di praticare l'esame stetoscopico e plessimetrico del petto, ci siamo subito convinti che questa della laringe era l'unica lesione che ci spiegava l'affanno, perchè nessuna complicanza polmonare vi è che possa gettare luce sulla diagnosi etiologica.

Importa fermarci alquanto sullo stato delle lesioni materiali, per spiegare come quest'infermo respirasse a stento e parlasse discretamente bene.

Insistendo difatti sulla diretta esplorazione, è facile convincersi che non si tratta già di un ponte di tessuto cicatriziale gettato tra le corde vocali, ma invece di un'adesione delle medesime; di modo che il terzo posteriore, che rimane libero, può perfettamente ravvicinarsi durante la fonazione. Se la formazione di tessuto connettivo fosse abbondantissima, se si trattasse di un vero diaframma a livello delle corde vocali, sarebbe impossibile il ravvicinamento delle medesime nella porzione inter-cartilaginea, e allora ci dovrebbe essere afonia, o per lo meno disfonia. Questa coincidenza è importante, giacchè nelle citazioni di tutti gli autori i quali hanno discorso di laringostenosi dipendenti da tessuto cicatriziale esteso come ponte tra le corde vocali, è detto che si accompagnano sempre a perdita completa della voce. Eppure fin qui noi sappiamo ben poco del nostro infermo, e francamente, sia per prendere un indirizzo nella cura, sia per spiegarci la ragione dei fatti, dobbiamo procedere oltre. L'anamnesi è negativa — ve l'ho detto più volte — il che vuol dire che siamo obbligati a fare una lunga enumerazione di tutti quei possi-



bili processi capaci di portare aderenza delle corde vocali fra di loro. Questo studio ci apre la via ad alcune considerazioni che voi avrete agio di poter ripetere in casi consimili, cioè dato che nella vostra pratica si presentassero casi del genere (i quali, se rari, non sono però eccezionali) e che l'anamnesi fosse, come nel caso presente, dubbia, oscura; voi avete il dovere di passare in rivista i differenti processi morbosi che possono determinare nella laringe una lesione consimile, per vedere a quale vi dovete fermare.

Questa è la **diagnosi etiologica**, importante non solo per lo specialista, ma pel medico generico, giacchè se potete liberamente declinare la responsabilità della cura di un caso consimile, senza che ne soffra il vostro amor proprio, avete l'obbligo di rendervi conto del modo come si sono svolti i fatti, e cercare di spiegare come sia accaduta un'aderenza tra le corde vocali, aderenza che in altri termini potreste pure chiamare coalescenza. Può l'aderenza dipendere talvolta da vaiuolo. Vi ho promesso uno studio sulle lesioni laringee secondarie dei morbi infettivi, e quando noi lo terremo, vi esporrò con maggior dettaglio come entro la laringe, coincidentemente al periodo di eruzione di pustole sulla cute, si siano osservate consimili rilevature degli strati epiteliali con formazione di pus al di sotto, cioè vere pustole, e queste scoppiando, e queste moltiplicandosi, possono in prima lasciar dietro una lesione della mucosa e poi provocare anormale aderenza. Io, per conto mio, ricordo un caso classico di stenosi svolta in seguito a vaiuolo in una ragazza intorno ai quindici anni: le false corde vocali erano tumide ed adese tra di loro. Comprendete che, quando l'aderenza colpisce le false corde vocali, è necessità che queste, che sono abbastanza divaricate fra loro, venissero più a contatto, per effetto di un altro processo, l'infiltrazione edematosa; cioè che arrivino prima a toccarsi, ed allora supposto le pustole, facilmente può accadere la coalescenza. Ma nel caso nostro non è a far parola di vaiuolo, tanto più che una malattia del genere non avrebbe potuto passare inavvertita, tanto più quando pensiamo che una localizzazione laringea avrebbe dovuto dare, nel periodo acuto, una scena sintomatologica ben altrimenti tumultuaria: invece avete inteso come poco, a poco, questo giovane avesse cominciato ad avvertire ostacoli alla respirazione, ostacoli che andarono tanto crescendo che egli temeva della sua vita, e più che temere, soffriva moltissimo. Dunque non è stato il vaiuolo.

Avrebbe potuto essere un tifo? Difatti le alterazioni che l'ileo-tifo ed il dermo-tifo determinano nella laringe sono contemplabili, più o meno interessanti, a seconda che si riferiscono all'uno o all'altro; sono alterazioni però che riguardano a preferenza le cartilagini e compariscono nella convalescenza, o in un periodo inoltrato della malattia. Voi comprendete che se ho il dovere di farvi queste citazioni, non dimen-



tico che questa, riferibile al tifo, è un puro lusso, giacchè quello che ho detto pel vaiuolo dovrei ripetere ora. Mancano tutt'i caratteri che ci facessero pensare ad un'alterazione pregressa della famiglia delle tifoidee, e perciò non mi fermo più a lungo.

Avrebbe potuto essere una pericondrite, la quale colpendo la tiroide o la cricoide, tumefacendo i tessuti che rivestono quelle parti, e dando formazione di discreta quantità di pus avesse potuto produrre lesioni di continuo, che siano state pretesto all'aderenza che osserviamo. Vi faccio riflettere però, che in questo caso i primi fenomeni che si sono accennuati, che hanno accompagnato la malattia, che sono caduti sotto la nostra osservazione, riguardano la sfera respiratoria ed esclusivamente questa. L'infermo non si è mai lagnato di disfagia, non ha avuto mai dolori spontanei, non dice d'aver osservato il collo gonfio, cosa che è facile a succedere nella infiammazione delle cartilagini della laringe. Aggiungete che tra le cause della pericondrite laringea, noi dovremmo veder figurare alcuni dei processi morbosi che abbiamo esclusi, poichè la forma spontanea, reumatica, non si deve accettare se non con grandissima riserva. E sono mancati perfino quei grandi momenti che esprimono l'azione potente del reuma, senza dire che egli, il nostro infermo, per la sua occupazione non è punto esposto a risentire le influenze reumatiche, senza dire che non osserviamo affatto turgore delle parti, e tranne questo tessuto bianco a livello delle corde vocali, vi ha assenza d'infiltrazione sierosa dei ligamenti ari-epiglottici e tiro-epiglottici, ligamenti che facilmente s'infiltrano di siero o di pus, costituendo così le note classiche della laringite edematosa, o più impropriamente del cosiddetto edema glottico.

Avrebbe potuto precedere un trauma: voi certo non avete dimenticato quella donna con laringostenosi, in cui il laringoscopio ci fece vedere gonfiore dei ligamenti tiro-aritenoidei superiori verso l'angolo rientrante della tiroide, ove erano ravvicinati, e restringimento dello spazio glottico. In questa donna un osso si era arrestato nell'adito esofageo, ed era stato menato giù; per le manovre chirurgiche era residuata una laringite flemmonosa. Il momento etiologico lì era evidente; qui manca del tutto, e se avesse potuto sfuggire questa cagione produttrice (il trauma), noi non dovremmo osservare una lesione così circoscritta, e mi permetto dire così cronica, come codesta che annunzia la formazione di esuberante tessuto connettivo a livello delle corde vocali.

Vedete adunque che da una rapida rassegna, noi cominciamo a limitare sempre più il campo nel quale dobbiamo aggirarci, e l'idea che sorge spontanea è la preesistenza di una ulcerazione a livello delle corde. Data l'ulcerazione, è facile spiegare l'aderenza: date due superficie segreganti e ravvicinatissime tra loro, come sono appunto le corde nel loro



angolo di commessura, è facile intendere come la trasudazione plastica possa, a misura che avvanza il tempo, determinare un movimento di proliferazione degli elementi connettivali, che formano la base, il sostrato dei veri ligamenti vocali. Dire ulcerazione, però, significa dire abbastanza poco; noi dobbiamo domandarci quale è stata la causa di questa ulcerazione. Il compito ci si delinea ancora più nettamente; noi non abbiamo ad occuparci che della tubercolosi e della sifilide, imperocchè le ulcerazioni catarrali, assai più rare di quanto si creda, non avrebbero punto codesta potenza.

Io vi ho detto, e voi l'avete visto coi fatti sopra qualche ammalato, che l'ulcerazione tubercolare, indipendentemente dal suo carattere triste, dal triste significato che ha in patologia, può volgere a guarigione. Convenimmo nel dire che la guarigione dell'ulcera tubercolare non significa guarigione della tubercolosi; ma noi avremmo potuto pensare, nel caso che ci occupa, che malgrado l'avvenuta cicatrizzazione, si fosse trattato di una ulcerazione tubercolare. Io pel primo vi dissi che certe volte le manifestazioni tubercolari potevano essere primarie nella laringe; e non sarebbe un argomento in nostro favore, nel caso attuale, invocare l'assenza di fatti pulmonari. Però quando vi parlai della tubercolosi laringea primitiva, aggiunsi che il fatto si dovea ritenere più clinicamente che anatomicamente vero, e nel decorso ulteriore cominciano le lesioni in organi più importanti, i prediletti dalla tubercolosi. Non è dunque possibile ritenere che in questo individuo ci sia stata una ulcerazione di carattere tubercolare, ora che da lungo tempo egli è sotto la nostra osservazione, ora che a misura che migliora, possiamo meglio esplorare lo stato vero del polmone e convincerci che nulla esiste di morbosissimo. Ricordatevi pure che la tubercolosi laringea non ha come sede di elezione le corde vocali, ma presceglie la mucosa inter-aritenoidea. Ricordatevi che quando la tubercolosi laringea piglia un carattere complesso, cioè quando si accoppia a pericondrite, si ha una fenomenologia assai più grave, ed invece quando resta limitata alla superficie della mucosa, le alterazioni sono poco profonde, mentre qui dovremmo ammettere una ulcerazione intensa tanto, da dare come effetto, aderenza delle corde vocali e proliferazione abbondante di tessuto cicatriziale. Cosicchè *obtorto collo*, noi, dopo aver stabilito che verosimilmente la causa dell'aderenza ha dovuto essere una ulcerazione laringea, ci dobbiamo fermare alla sifilide. Guardiamo ancora un po' l'anamnesi e resteremo scoraggiati, in quanto che non solo egli nega qualsiasi contagio, non solo nessuna manifestazione in organi differenti accenna alla presenza della sifilide, ma anche dal punto di vista ereditario noi dovremmo scostarcene. Innanzi tutto, senza discutere la possibilità di una sifilide ereditaria che si mostra così tardivamente (cosa sulla quale tanto esitano alcuni), questo giovane nè



ricorda contagio di sorta, nè rammenta indizii di una infezione che avesse potuto venire dai genitori: uno di questi, qui presente, convalida verbalmente l'opinione che in lui non sia stata trasmessa infezione di sorta. Pur dinnanzi all'inesorabilità dei fatti, o Signori, e poichè noi non troviamo altra spiegazione possibile, dobbiamo ritenere che o le manifestazioni primitive siano sfuggite, o in lui ci sia stato un contagio accidentale, lieve, il quale sol dopo lungo tempo abbia dato segni più positivi della sua presenza. Se io potessi dimostrarvi che i fatti si sono svolti come ho accennato, voi comprendete quanta importanza dovremmo accordare al laringoscopio; invece gli è sopra argomentazioni e criterii differenziali che convien poggiarci, tra cui non ultimo il fatto, che sotto la cura iodica il paziente afferma di aver sempre migliorato. Io avevo adunque ragione di dirvi che se la diagnosi anatomica era importante (giacchè questa lesione appartiene alle rare), la diagnosi etiologica lo era ancora di più: essa ci ha dato campo a svolgere una sequela di considerazioni, ed a poterci fermare sopra quelle che aveano maggiori probabilità in loro favore.

L'infezione ha potuto sfuggire, perchè non rivelata da manifestazioni classiche, ma le conseguenze, la presenza di un tessuto cicatriziale in un organo che sapete esser frequente bersaglio della sifilide, la presenza di una cicatrice che dinota ulcera pregressa, volta a guarigione, ed il criterio terapeutico, sono tre elementi che ci illuminano abbastanza, se non con quella sicurezza desiderabile in così intricata diagnosi etiologica.

Quale che si fosse la cagione del male, noi avevamo però, o Signori, il debito di seguire, relativamente alla cura, un indirizzo razionale, e tale, che indipendentemente dai dubbii sulla diagnosi, salvasse la vita di questo giovanotto. Ora egli non ha bisogno di dormire semiseduto a letto, ora egli non è preso da quegli accessi di tosse soffocante che aveano per cagione principale la difficoltà di emettere le mucosità, sequestrate nelle vie sottostanti, dalla ristrettezza della rima glottidea. Ora egli può salire discretamente le scale, cammina, ed è contento di questa medicazione che noi abbiamo fatta, guidati dall'istinto, ed avendo sempre in mira qualche cosa di più radicale che vi andrò esponendo.

Francamente, quando io vidi questo giovanotto e dubitai dell'efficacia della cura locale, son rimasto un poco preoccupato che non dovessimo ricorrere a quell'estrema risorsa che è la tracheotomia; tanto più che il fatto compiuto, il tessuto cicatriziale, il genere della lesione, ci distoglievano dalle lusinghe di poter sperare in un trattamento per via interna. Per vero, quand'anche avessimo potuto leggere nella sua laringe, a chiare lettere la sifilide, accidentale o ereditaria, noi non potevamo riporre nessuna fede nei iodici, nei mercuriali; importava aprire più libero varco all'aria, importava ampliare la rima glottidea ridotta ad an-



gustissime proporzioni da un resistente tessuto che non si sarebbe lasciato facilmente sconfiggere. Noi dunque, salvo le speciali circostanze che ci avessero obbligato alla tracheotomia, dovevamo pensare ad una cura locale giustificata dall'urgenza dei fatti, ed i problemi che ci si presentavano in circostanze simili erano tre: dilatare quell'angusto forame fino a renderlo compatibile con la vita del paziente; incidere il tessuto cicatriziale; distruggerlo in sito. Riflettendo al modo com'era accaduta l'aderenza, pensando che il tessuto cicatriziale doveva essere resistente tanto da mantenere obbligatoriamente sulla linea mediana le corde vocali, io sin dal primo istante, pensai di sbrigliare, cioè penetrare con un coltellino nascosto nello spazio che rimaneva verso la glottide cartilaginea e poi incidere lungo la linea mediana per tutta, o parte della lunghezza delle corde vocali.

Non aveva a temere emorragia seria, giacchè quel tessuto era scarso di vasi; non avevo a temere inconvenienti di sorta, giacchè la via avanti di me, era facilmente segnata. Cominciai ad abituare l'infermo al sondaggio; pure mai mi è venuto fatto di penetrare in quel foro e restarvi tanto da poter incidere il tessuto neoformato, con una certa sicurezza. Però io voleva utilizzare il mio tempo, cioè mentre mi servivo del sondaggio come mezzo preparativo, lo facevo servire utilmente come cura dilatatoria; alla sonda di caoutchouc ho preferito la metallica, che cercavo d'imbroccare nel foro il quale rappresentava la rima glottidea. Le prime volte questa manovra era seguita da gravi accessi di spasmo, e specialmente una, io ho dovuto durare molta fatica per veder ritornare l'infermo allo stato primiero. Però dopo quel giorno, egli avvertì un miglioramento notevole, tanto che io, che era lontano dall'idea di una dilatazione graduale, vi sono ritornato. Scartai la idea di fare la dilatazione progressiva, perchè temeva non ricavarne utile alcuno a voler giudicare dalla resistenza del tessuto: invece dei cateteri, adoperei come istrumento dilatatore la sonda metallica, onde si può ben dire che non seguii affatto il metodo dilatatorio classico, del quale voglio dirvi qualche parola.

È fuori dubbio che uno dei più grandi progressi nella terapia locale delle malattie laringee, è segnato dalla cura dilatatoria, accreditata e sperimentata da uno dei più distinti Professori della scuola di Vienna, il dottor Schrötter. Egli ha escogitato due diversi modi di dilatare una laringe ristretta, a seconda cioè che si tratti di individui nei quali è stata praticata la tracheotomia, ovvero di infermi nei quali la si vuole scongiurare. Poichè non è il caso, riserbo ad altra occasione l'esposizione della dilatazione della laringe a tracheotomia compiuta, ed invece mi fermo sulla cura dilatatoria, nei casi in cui si vuole tener lontana la tracheotomia. Schrötter si serve di cateteri simili a quelli che usiamo per l'uretra, e che egli sulla guida dello specchio introduce nella cavità, cer-



cando d'imbeccare il punto ristretto; allora ritira lo stiletto e lascia il catetere in sito per un tempo variabile, da pochi secondi a molti minuti. Non solo ho veduto nella sua clinica infermi che resistevano a lungo a queste manovre, ma l'anno passato potetti presentare nel mio corso privato due infermi, nei quali praticava questa dilatazione. Si va avanti con i cateteri elastici fino a raggiungere una certa dimensione; ed allora ai precedenti si sostituiscono tubi più grandi e più rigidi, di vulcanite, come questi che vi mostro, che si compongono di due parti, una da introdurre nel punto ristretto, l'altra che è rappresentata da un piccolo tubo leggermente curvato, il quale serve non solo perchè introducendo il tubo dilatatore, il passaggio dell'aria si compisca bene (non essendo cioè la sua apertura anteriore otturata dalla mano di chi opera), ma anche perchè le mucosità che sotto l'influenza della manovra vengon fuori, non vadano a colpire chi opera. Anche per i detti tubi si hanno varie gradazioni, fino a colossali dimensioni, una delle quali potemmo pur vedere applicata nei nostri infermi. La tolleranza per i tubi è massima, come per i cateteri, e gl'infermi dopo un certo numero di sedute, finiscono per poterli mantenere in sito fino a mezz'ora e più.

Ma ci è la parte più interessante del processo, ed è quella che riguarda le indicazioni della cura dilatatoria. La faremo noi ad occhi chiusi, sempre che si ha una laringo-stenosi per cui vogliamo scongiurare i pericoli di una tracheotomia, o vi sono speciali indicazioni? Il pensiero corre naturale a tutti quei processi acuti o cronici che determinano strettezza delle vie respiratorie; innanzi tutto, al crup. Certamente a molti di voi non sarà ignoto che oggi si sono fatti tentativi in questo senso, cioè che vi sono casi di guarigione di crup ottenuti mercè l'introduzione di tubi per le vie naturali. Debbo dirvi pure, senza negar la fede che meritano casi registrati da uomini dotti e competenti, che io credo il cateterismo laringeo nel crup fuori proposito, non solo perchè voi potete spingere avanti con la punta del vostro strumento delle false membrane e determinare una stenosi grave nelle vie sottostanti, ma perchè voi mettete a contatto di una mucosa infiammata e gonfia, un corpo estraneo che non può essere innocente; senza dire che non appena il tubo tende ad uscire, conviene introdurlo di nuovo e nettarlo delle mucosità che si fanno strada attraverso, e sorvegliare l'infermo, sacrificando intere giornate. Io ho in apparenza deviato, parlando delle controindicazioni del cateterismo nel crup, ma l'ho fatto a bella posta per dirvi che lo credo controindicato anche, ed in generale, in tutte quelle condizioni morbose in cui vi ha notevole edema della mucosa laringea, in tutte quelle condizioni cioè nelle quali bilanciando bene le cose, i vantaggi che potete avere dal ristabilire per un momento la permeabilità del canale, battono ritirata di fronte ad un grave pericolo, quello di una reazione considerevole. Sono stato io testi-



mone di casi in cui la tracheotomia ha dovuto esser fatta a tamburo battente, dopo l'introduzione di un catetere. E per vero, il cateterismo laringeo che ha i suoi vantaggi, io procuro tenerlo più lontano che posso nel nostro ambulatorio, dove si presentano infermi in preda a gravi laringostenosi, e nei quali un tal mezzo potrebbe obbligarci alla tracheotomia di urgenza, operazione che non potremmo fare su due piedi, senza sale cliniche e senza letti.

Un'altra controindicazione alla cura dilatatoria potrebbe essere segnata, come nel caso attuale, dalla durezza dei tessuti su cui si deve agire. Non è stato senza ragione che io mi son servito della sonda metallica; non son ricorso ai cateteri di Schrötter perchè ho pensato che ritirati anche dopo un lunghissimo tempo, i tessuti avrebbero riconquistata la primitiva posizione e così sarebbe stato distrutto tutto il beneficio ottenuto. Onde io non mi limito all'immegliamento raggiunto, ma fisso la mia attenzione sopra una indicazione più giusta e più razionale, quella cioè d'incidere la lunga briglia cicatriziale. Continuerò dunque nelle mie osservazioni, per poter riuscire all'opera, e se son felice di presentare oggi quest'infermo migliorato, mi auguro di ripresentarvelo guarito.

Due parole sul terzo processo, cioè sulla galvano-caustica. Noi avremmo potuto con un cauterio simile a quello che adoperammo nell'altro infermo, affetto pure da laringostenosi sifilitica, distruggere col fuoco il tessuto neoformato tra le corde vocali; ma sia perchè io aveva bisogno di molte sedute per procedere avanti per tutta la lunghezza del tessuto cicatriziale, sia perchè avremmo potuto provocare un poco d'edema della mucosa aritenoidea che stava a ridosso di questo restringimento, me ne sono astenuto. Da quello che vi ho detto, però, bisogna convenire che se il laringoscopio non ha potuto illuminarci molto sulle cause che hanno prodotto il restringimento, esso è stato preziosissimo nel farci comprendere la vera ragione di un fatto svolto mentre i fenomeni collaterali facevano difetto; e ci è stato di guida sicurissima per poter garantire i giorni di quest'infermo, forse per potergli assicurare una vita prospera e lunga.

Io so, o Signori, che le occupazioni di parecchi di voi vi distolgono dall'assistere a queste conferenze, e veggo che la nostra scuola si va facendo deserta; crederei quindi giunto il momento di chiuderla, tanto più che il dispensario resta sempre aperto, e per coloro che lo frequentano non mancherà mai l'occasione che io presenti qualche altro caso clinico di un certo rilievo; tanto più che quelli che mi circondano sono medici esperti, giovani valentissimi, ai quali rendo cordiali ringraziamenti per la benevola attenzione che mi hanno prestata.



ERRATA

CORRIGE

Pagina	6	verso	1	della si fi-	della sifi-
»	13	»	20	laringoiatrica	laringoiatria
»	16	»	12	<i>ulcero-tubercolare</i>	<i>ulcero-tubercolare</i>
»	18	»	16	sezionalo	sezionato
»	21	»	30	è	e
»	22	»	2	tubereoli	tubercoli
»	25	»	21	infiltrato	infiltrato
»	»	»	27	vorreste	voleste
»	27	»	29	terale	rale
»	32	»	15	vorreste	voleste
»	»	»	14	abduzione delle corde	adduzione
»	38	»	31	e se inficia	o se inficia
»	42	»	29	no: disfagia che è	no, la disfagia è
»	47	»	26	deglutizione	deglutizione
»	53	»	9	krishaber	Krishaber
»	»	»	17	alama	a lama
»	71	»	26	purulenti	purulente
»	72	»	94	purulenti	purulente
»	83	»	37	ejalini	e jalini
»	101			VI.	VII.
»	109	»	4	siano stati	siano state
»	154	»	31	toppo	troppo
»	165	»	7	qini	bini
»	170	»	26	e rappresentino un ostacolo	e formino ostacolo
»	177	»	1	guidicarci	guidarci
»	193	»	2	causa il	causa del
»	196	»	1	avorevole	favorevole
»	»	»	2	ndividui	individui
»	209	»	22	odore la chimica	odore; la chimica





4227

*2 in uno*

*Messandina*

*1/2 sig*







